

FRANCINE LIMA GELBCKE

***INTERFACES DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS,
ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS DO TRABALHO DE
ENFERMAGEM E O DESGASTE DO TRABALHADOR***

FLORIANÓPOLIS, 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**INTERFACES DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS,
ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS DO TRABALHO DE
ENFERMAGEM E O DESGASTE DO TRABALHADOR**

FRANCINE LIMA GELBCKE

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem – área de concentração
Filosofia, Saúde e Sociedade.*

ORIENTADORA: Dra. MARIA TEREZA LEOPARDI

FLORIANÓPOLIS, 2002.

FRANCINE LIMA GELBCKE

**INTERFACES DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS,
ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM E O DESGASTE DO TRABALHADOR**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 19 de setembro de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Maria Tereza Leopardi
- Presidente -

Dra. Vanda Elisa Andrés Felli
- Membro -

Dra. Águeda Lenita Wendhausen
- Membro -

Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
- Membro -

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Membro -

Agradecimentos

Na trajetória de elaboração de uma tese, o compartilhar é algo necessário para o nosso fortalecimento. Houve momentos em que este compartilhar foi mais intenso, houve momentos de introspecção, de reflexão. Às vezes, tristeza, solidão, medo e insegurança se alternavam. Em outros momentos, manifestavam-se alegria, prazer, satisfação, tal como encontramos no processo de trabalho.

Elaborar uma tese também gera desgaste, e, muitas vezes, ao pensar no processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem, refletia sobre o meu próprio processo de amadurecimento intelectual.

Mas, tal como apontaram os trabalhadores neste estudo, é na inter-relação, na troca com os outros, que o trabalhador encontra suporte para enfrentar o seu dia a dia. Assim, quero agradecer a todos que compartilharam esta trajetória e que permitiram que este meu caminhar fosse muito mais tranquilo e sereno.

À minha família, que me apoiou e compreendeu os momentos de isolamento, de introspecção, mas que também soube dizer 'agora não', 'dá um tempinho pra gente';

fazendo com que eu continuasse a compartilhar dos momentos de alegria. Em especial, ao Thales, Gustavo e Letícia.

À professora Dra. Maria Tereza Leopardi, que com sua sabedoria, orientou às reflexões acerca do trabalho da enfermagem, contribuindo, de forma significativa, neste processo de construção.

Aos membros da banca Vanda, Águeda, Vera Denise, Carmem, Flávia e Beatriz, que aceitaram partilhar comigo este momento, contribuindo na minha trajetória.

Aos trabalhadores de enfermagem, sujeitos desta pesquisa, que não mediram esforços no sentido de colaborar com este estudo, apontando, com o conhecimento que lhes é próprio, os problemas, mas também as alternativas para minimizar o processo de desgaste. Em especial, às gerentes de enfermagem das instituições estudadas, que facilitaram meu processo de aproximação com o campo e acreditaram na proposta deste estudo.

Às amigas Marta, Kenya, Marisa, Maria do Horto, Vera Nogueira, por me ouvirem nos momentos de incertezas e também de alegria, por me ajudarem na busca de caminhos, nas reflexões, por estarem comigo nesta caminhada.

À Eliane e Patrícia, que compartilharam as aflições inerentes ao processo de formação, mas também as alegrias, reflexões, bibliografias...

Aos professores do Departamento de Enfermagem, que com todas as dificuldades encontradas, acreditam na formação como uma estratégia de construção de uma enfermagem mais crítica e reflexiva. Em especial, às

professoras Marta e Vera, que oportunizaram a minha liberação para formação, enquanto chefes do Departamento de Enfermagem.

Às professoras Denise Pires e Maria Itayra, coordenadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio, carinho, acolhimento e cuidado para com os alunos do curso e por lutarem pela excelência do Programa.

Às amigas da disciplina Fundamentos de Enfermagem: Cleusa, Flávia, Marta e Kenya, que mesmo com a sobrecarga de trabalho, não mediram esforços para favorecer minha liberação.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação, pela disponibilidade e apoio, em especial à Luzia, pelo auxílio na formatação final deste trabalho.

Aos companheiros do Grupo Práxis, pela oportunidade de aprofundar as reflexões sobre o processo de trabalho da enfermagem, pelas contribuições ao meu estudo.

Aos companheiros do Núcleo de Apoio Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (NAP), que ajudaram a reabastecer minhas energias, por acreditarem na capacidade dos trabalhadores de enfermagem e de que é possível se "viver e trabalhar melhor".

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram na construção deste estudo.

RESUMO

Neste estudo, fundamentado no materialismo histórico e dialético e com uma abordagem qualitativa, busco indicar o que, na organização do trabalho da enfermagem, em seus aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, tem sido determinante do processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem, a partir da sua percepção, além de refletir sobre estratégias de reorganização do trabalho da enfermagem, no sentido de minimizar o processo de desgaste físico e psíquico dos trabalhadores. A apreensão dos dados empíricos foi realizada junto aos trabalhadores de enfermagem de duas instituições de saúde, uma de caráter público e outra de caráter privado, na região sul do país, utilizando a triangulação de dados: entrevista, observação e análise documental, como processo de validação. A partir deste estudo, pude confirmar a tese de que os aspectos estruturais, mesmo sendo diretamente responsáveis pela precarização da vida de um modo geral, aparecem menos no discurso dos trabalhadores do que os aspectos organizacionais e relacionais, como determinantes do processo de desgaste. Entre os aspectos estruturais, foram apontados, principalmente, a sobrecarga de trabalho decorrente do duplo vínculo e os baixos salários, os quais são determinados pela conjuntura político-econômica, a qual também tem repercutido no sucateamento do setor saúde. O modelo assistencial que transita entre o integral e funcional, a forma como o método de assistência tem sido implementado, a rotatividade de setores e a dificuldade para as trocas de plantão, a divisão do trabalho, ainda pautada em modelos administrativos que imprimem características do trabalho parcelar e a forma como é realizada a distribuição de pessoal, relacionada aos fatores numéricos, sem considerar as características do trabalho, o papel do enfermeiro, que gera tensão entre o assistir e o gerenciar, impedindo o compartilhar de funções, como se estas fossem excludentes, as condições precárias de trabalho, quer em relação à pessoal, material e infra-estrutura, as formas de controle, tanto institucionais, quanto representadas pelo poder da gerência, são aspectos organizacionais que geram desgaste no trabalhador, tanto físico quanto psíquico. Os aspectos relacionais, entre os quais há a manifestação da subjetividade do trabalhador, são representados pela relação com o sujeito do cuidado, com a sua própria família, com a equipe multiprofissional, bem como com a equipe de enfermagem, relações estas que muitas vezes são conflituosas, gerando desgaste, mas também são motivo de alegria e prazer. Quanto às alternativas de resolução, os trabalhadores indicam, principalmente, estratégias relacionadas aos aspectos organizacionais e relacionais, como se estes estivessem mais próximos ao seu mundo concreto, mais uma vez transparecendo os aspectos estruturais como algo externo ao cotidiano de trabalho. A partir destes indicativos, como uma síntese, apresento um modelo de organização, pautado na democracia das relações, visando a expressão dos trabalhadores enquanto sujeitos multidimensionais, como atores sociais e não meros executores de tarefas delegadas, como hoje estabelece a divisão social e técnica do trabalho. Um novo modelo de organização do trabalho que tem por objetivo estabelecer relações interpessoais mais harmônicas e horizontais, buscando compartilhar saberes e fazeres, ou seja, compartilhar poder entre equipes de trabalho, bem como com os sujeitos do cuidado, confirma a necessidade de reavaliação estrutural da assistência à saúde.

Palavras Chave: Saúde do Trabalhador. Organização do trabalho..

THE INTERFACES BETWEEN STRUCTURAL, ORGANIZATIONAL AND RELATIONAL ASPECTS OF NURSING WORK, AND THE WEARING OF WORKERS

ABSTRACT

In the present study, founded on historical and dialectic materialism, and having a qualitative approach, the author seeks to indicate what, in structural, organizational and educational aspects of Nursing work organization has been a determinant for the Nursing employees wearing process as seen from their own perception. Also, thoughts are offered on Nursing work reorganization strategies turned to minimizing the physical and psychic wearing process of employees. Empirical data were collected among Nursing workers in two health institutions, one public and the other private, in the south region of Brazil, employing a data-triangle system: interview, observation and documentary analysis as a validation process. From such study the author confirmed the thesis that structural aspects, in spite of being directly responsible for the precarious conditions of life as a whole, are less seen on the speech of workers than organizational and relational aspects, as a determinant of the wearing process. Mainly emphasized among those structural aspects were the work overload caused by a double-bond, the low wages determined by the political-economical predicament, with direct repercussion upon the scrapping of the health sector. The assistance model which traverses between what is integral and what is functional, the manner the assistance method has been implemented, the rotation of sectors and the difficulties in changing work-shifts; work division still abiding to administrative models with characteristics of parceled labor, and the manner how personnel is distributed regarding numerical factors and not considering work characteristics, the role of the nurse, creating tension between assisting and managing, inhibiting the sharing of functions as if the latter were exclusory, precarious work conditions concerning personnel, material and infrastructure, the manners of control, both institutional and represented by the cogency of management. All of these are organizational aspects which introduce physical and psychic worker's wearing. Relational aspects, where a worker's subjectivity is manifested, are present through the relationship with the subject of care, with his/her own family, with the multiprofessional team as well as with the Nursing team, relations which are often conflicting and cause wearing but constitute also reasons for happiness and pleasure. As to alternatives, the workers point mostly to strategies related to organizational and relational aspects, as if these were closer to their concrete world, structural aspects being once again seen as something external to the work quotidian. Based on the above indicatives, as a synthesis, the author introduces an organizational model, based on the democracy of relationships and turned to workers expression as multidimensional subjects in social roles instead of mere performers of delegated tasks along present days dictated directives for social and technical division of work. A new work organization model, aiming to establish more harmonious and horizontal interpersonal relationships, for the sharing of what is known and performed, i.e., to apportion power between work teams and also between the subjects of care, confirms the need for a structural reappraisal of assistance to health.

Key Words: Health care work.. Work of organization.

INTERFACES DE LOS ASPECTOS ESTRUCTURALES, ORGANIZACIONALES Y RELACIONALES DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA Y LO DESGASTE DEL TRABAJADOR

RESÚMEN

En este estudio, fundamentado en el materialismo histórico y dialéctico y con una abordaje cualitativo, procuro indicar lo que, en la organización del trabajo de Enfermería, en sus aspectos estructurales, organizacionales y relacionales, han sido determinantes para el proceso de desgaste de los trabajadores de Enfermería, a partir de sus percepciones, además de reflexionar sobre las estrategias de reorganización del trabajo de Enfermería, en el sentido de minimizar el proceso de desgaste físico y psíquico de los trabajadores. La aprensión de los datos empíricos, fue realizada junto a los trabajadores de Enfermería de dos instituciones de salud, una de carácter público y otra de carácter privado, en la región Sur del país, utilizándose como tríada de datos: entrevista, observación y análisis documental, como proceso de validación. A partir de este estudio, pude confirmar la tesis de que los aspectos estructurales, aún siendo directamente responsables por la precariedad de la vida de un modo general, aparece menos en el discurso de los trabajadores de que los aspectos organizacionales y relacionales, como determinantes del proceso de desgaste. Entre los aspectos estructurales, fueron señalados, principalmente, la sobrecarga de trabajo que decurre del doble vínculo, los bajos salarios, los cuales son determinados por la coyuntura político-económica, los cuales también ha repercutido de forma alguna en el sector salud. El modelo asistencial que transita entre lo integral y funcional, la forma como el método de asistencia hay sido implementado, la rotación en los sectores y la dificultad para los cambios de turno, la división del trabajo, todavía inmersa en modelos administrativos que imprimen características de trabajo conjunto y la forma como es realizada la distribución del personal, relacionado a los factores numéricos, sin considerar las características del trabajo, el papel del Enfermero, que genera tensión entre el asistir y el gerenciar, impidiendo compartir las funciones, como si fueran excluidas, las condiciones precarias de trabajo, ya sean con relación al personal, material ó la infraestructura, las formas de control, tanto institucionales, cuanto representadas por el poder de la gerencia, son aspectos organizacionales que generan desgaste en el trabajador, tanto físico cuanto psíquico. Los aspectos relacionales, entre los cuales hay una manifestación de la subjetividad del trabajador, son representados por la relación con el sujeto do cuidado, con su propia familia, con el equipo multiprofesional, así como con el equipo de Enfermería, relaciones éstas que muchas veces son conflictivas, generando desgaste, así también alegría y placer. En cuanto a las alternativas de resolución, los trabajadores indican, principalmente, estrategias relacionadas a los aspectos organizacionales y relacionales como si estos estuvieran más próximos a su mundo concreto, una vez más traspareciendo los aspectos estructurales como algo externo al cotidiano del trabajo. A partir de estos indicativos, como síntesis, presento un modelo de organización, pautado en la democracia de las relaciones, con miras a la expresión de los trabajadores en cuanto sujetos multidimensionales, como actores sociales y no simples ejecutores de tareas asignadas, como hoy establece la división social y técnica del trabajo. Un nuevo modelo de organización de trabajo que tiene por objetivo establecer relaciones interpersonales más armoniosas y horizontales, procurando compartir saberes y haceres, o sea, compartir el poder entre equipos de trabajo, así como con los sujetos del cuidado, confirma la necesidad de reevaluación estructural de la asistencia a la salud.

Palabras Clave: Salud del trabajador. Organización do trabajo.

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A QUESTÃO TEMÁTICA.....	12
2 SAÚDE DO TRABALHADOR E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	18
2.1 Trabalho, consciência, alienação e práxis na concepção marxista	19
2.2 Organização do trabalho	25
2.3 O desgaste do trabalhador no processo de trabalho: interferências da organização do trabalho neste processo.....	43
3 METODOLOGIA.....	50
3.1 Aproximação com a realidade de estudo.....	54
4 UMA APROXIMAÇÃO AO CENÁRIO – AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	65
4.1 A instituição privada	66
4.1.1 Contextualização geral:.....	66
4.1.2 Aspectos estruturais	69
4.1.3 Aspectos organizacionais:.....	71
4.1.4 Aspectos relacionais:.....	80
4.2 A instituição pública	82
4.2.1 Contextualização geral.....	82
4.2.2 Aspectos estruturais	84
4.2.3 Aspectos organizacionais	87
4.2.4 Aspectos relacionais	94
5 ASPECTOS ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM E O DESGASTE DO TRABALHADOR	98
5.1 Organização do trabalho: o entendimento do trabalhadores e repercussões no fazer da enfermagem.....	100
5.2 Aspectos estruturais – possibilidades e limites de resistência no atual quadro político, econômico e social.....	108
5.2.1 Conjuntura político-econômica	109
5.2.1.1 Repercussões da conjuntura na política de pessoal.....	114
5.2.2 Política de saúde – características do setor público e privado.....	121
5.3 Aspectos organizacionais - o fazer e o pensar: lados opostos de uma mesma moeda?	131
5.3.1 Organização interna da enfermagem: distribuição de pessoal e divisão de tarefas	134
5.3.1.1 Modelo assistencial.....	141
5.3.1.2 Rotatividade e trocas de plantão	147
5.3.2 Papel do enfermeiro	150
5.3.3 Condições de trabalho.....	168
5.3.4 Formas de controle	177

5.3.5 Manifestação de desgaste do trabalhador – o (des)cuidado de quem cuida	182
5.4 Aspectos relacionais - a subjetividade do sujeito trabalhador	190
5.4.1. Trabalhador e sujeito do cuidado	191
5.4.2 O trabalhador e sua família	197
5.4.3 O trabalhador de enfermagem no contexto da equipe multiprofissional.....	200
5.4.4. O trabalhador e a equipe de enfermagem	206
5.4.5 Manifestações de alegria e de raiva	218
6 ALTERNATIVAS: UM MODELO DE GESTÃO DEMOCRÁTICO.....	223
7 COMPLEXIDADE DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: À GUIA DE CONCLUSÃO.....	234
REFERÊNCIAS	251
APÊNDICES.....	263
APÊNDICE A	264
APÊNDICE B.....	265
APÊNDICE C.....	267
APÊNDICE D	268
APÊNDICE E.....	269

INTRODUZINDO A QUESTÃO TEMÁTICA

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho tem sofrido grandes transformações, implicadas com as mudanças econômicas, sociais, técnicas e culturais, gerando vários questionamentos acerca do seu lugar na vida do trabalhador. Dentre essas questões, destacam-se aspectos sobre a reestruturação produtiva, a forma como o trabalho está organizado, suas modificações e as conseqüências para a saúde do trabalhador, além das relações que se estabelecem em diferentes níveis hierárquicos e entre as profissões, e sobre como conciliar as relações pessoais, profissionais e institucionais às novas formas de emprego, à precarização do trabalho e ao aumento do desemprego, bem como à totalidade da vida do trabalhador.

Convém lembrar que estes aspectos são articulados entre si, como uma rede, cuja tessitura se alarga para as diferentes profissões e ocupações, todas elas condicionadas historicamente aos intrincados fatos da vida social.

A enfermagem, enquanto profissão inserida neste contexto histórico e social, também passa por modificações. Novas tecnologias são implementadas, novas formas de organizar o trabalho convivem com as velhas formas, questiona-se as relações e a divisão do trabalho, o cuidado parcelado, entre outras inquietações.

Em função das mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, e que também afetam a enfermagem, estudos têm sido elaborados visando aprofundar as discussões sobre o processo de trabalho da enfermagem (GERMANO, 1984; ALMEIDA, ROCHA, 1986; MELO, 1986; SILVA, 1986; PIRES, 1989, 1998; LEOPARDI, 1991, 1994 a, 1995 a, 1995 b e 1999; CAPELLA, 1998; entre outros).

Muitas destas inquietações também foram surgindo durante a minha caminhada profissional, sobre a assistência prestada, sobre o sujeito do cuidado¹, sobre os profissionais que atuam na enfermagem e a sua qualificação, sobre o processo de trabalho propriamente dito, sobre a divisão do trabalho, entre outros.

No entanto, o trabalhador de enfermagem², com suas necessidades, expropriado pelo processo de desgaste, sempre sobressaiu em minhas preocupações como pesquisadora e como profissional, não como tema desenraizado de outras constatações mais gerais sobre a estrutura econômica e social, ao contrário, renova-se como tema relevante, constituindo-se em um recorte atual, pela necessidade de se renovar o olhar sobre o processo de trabalho, a partir de uma constituição ética do lugar do sujeito trabalhador, como força de trabalho e como subjetividade.

Já no Mestrado, defini como área de interesse a Saúde do Trabalhador, especialmente porque existiam questões que despertavam minha curiosidade e me levaram a uma reflexão teórica. Naquela época, desenvolvi um estudo para compreender como os trabalhadores de enfermagem percebiam o processo de desgaste de seu corpo, em decorrência do trabalho.

O referido estudo, denominado “*Processo saúde-doença e processo de trabalho: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola*”, possibilitou identificar as cargas de trabalho existentes no processo de trabalho da enfermagem, as doenças que acometem com mais frequência estes trabalhadores e sua relação com o trabalho, além de apreender o entendimento dos trabalhadores acerca do que é saúde e a visão que os mesmos têm acerca do seu processo saúde-doença (GELBCKE, 1991).

Com este estudo, percebi que os trabalhadores de enfermagem identificam as cargas de trabalho e o que estas acarretam em seu corpo num processo de desgaste. A partir do pressuposto de que muitos destes fatos relacionam-se com a organização do trabalho, terão os

¹ Neste trabalho utilizarei as denominações *sujeito do cuidado* e *usuário*, em referência àquela pessoa que busca atender suas necessidades junto aos profissionais que atuam nas instituições de saúde. Na enfermagem tem sido frequente a discussão acerca desta denominação, sendo ainda de uso corrente os termos paciente e cliente, como poderá ser observado nas falas dos sujeitos da pesquisa.

² Utilizarei a denominação trabalhador(es) de enfermagem, ao me referir aos profissionais que atuam na enfermagem, como um termo genérico da língua portuguesa, não determinando uma preferência em relação ao gênero. Entendo que a enfermagem é uma profissão hegemonicamente feminina, mas optar por tratar os trabalhadores relacionando sempre ao gênero feminino é acentuar a divisão sexual existente na sociedade, bem como negar a existência do gênero masculino presente na profissão. Assim, ao me referir aos trabalhadores de enfermagem, incluindo as categorias profissionais, utilizarei a denominação masculina, não me referindo ao gênero especificamente, mas à forma como tem sido denominado, genericamente, na língua portuguesa.

trabalhadores de enfermagem consciência do processo de desgaste? Haverá imobilismo e, por isso, pouco se tem avançado na enfermagem, no que se refere a novas formas de organizar o trabalho? Algumas instituições avançaram de um trabalho por tarefa para uma assistência mais integral ao sujeito do cuidado. O trabalhador de enfermagem percebeu mudanças nesta forma de realizar o trabalho, e isto influenciou no seu processo de desgaste, quer para mais ou para menos?

Ainda que esta situação não esteja no exclusivo âmbito da enfermagem nas instituições de saúde, minha interrogação vai ao campo oposto, para por em dúvida se a forma de organizar o trabalho tem mesmo contribuído para o processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem, pelo menos na intensidade relatada em diversos trabalhos investigativos. De uma certa forma, torna-se mais uma maneira de afastar o olhar das questões mais amplas da expropriação no processo capitalista de produção, até porque não se costuma ver na particularidade da instituição, uma reprodução da lógica produtiva.

Por outro lado, considerando-se que há uma hierarquização ainda intransponível e que o controle sobre o trabalhador ainda predomina, não seria a forma como o trabalho da enfermagem está organizado um dos fatores impeditivos da tomada de consciência sobre o desgaste de si mesmo no processo de trabalho?

Além disto, questiono-me, ainda, que outras condições de vida têm interferido neste desgaste, ainda que o trabalhador de enfermagem, na maioria das vezes, indique o processo de trabalho como o “único” determinante na deterioração da qualidade de sua vida?

Destaque-se que estudos atuais desenvolvidos junto a trabalhadores de enfermagem (GONZALES, 2000; BECK, 2001) apontam para esta “inconsciência”, intrigando os pesquisadores, pela relutância em “ver” seu próprio sofrimento psíquico e físico, ou pela banalização deste sofrimento, como estratégias de sobrevivência.

Com base nestes questionamentos, assumo, como preocupação central deste trabalho, discutir a saúde do trabalhador e sua relação com a organização do trabalho, considerando que os estudos já realizados, apesar de indicarem esta possibilidade, não apresentam resultados que apontem os elementos objetivos de tal relação no trabalho da enfermagem.

Destaco, assim, a relevância da temática, tomando por base estudos que indicam a necessidade de um aprofundamento das reflexões acerca da reorganização do trabalho, com vistas à busca do prazer e diminuição ou alteração do processo de sofrimento e desgaste do

trabalhador (DEJOURS, DESSORS, DESRIAUX, 1993; DWYER, 1994; KIRCHOFF, 1997; LAUTERT, 1997; LUNARDI F^O, 1997; MENDES, 1997; SILVA, 1996; GONZALES, 2000; BECK, 2001).

Nas últimas três décadas, a trajetória dos estudos sobre o trabalho em saúde tem mostrado a introdução de novos referenciais teóricos e metodológicos, sendo utilizadas, com frequência, as categorias de força de trabalho, profissões da saúde e, mais recentemente, processo de trabalho em saúde. Neste percurso, tem havido uma maior articulação entre as ciências sociais e as ciências biomédicas (TEIXEIRA, 1997), para demonstrar a articulação entre os aspectos biossociais no desenvolvimento de problemas que resultem em sofrimento ao trabalhador.

Embora pareça óbvio que, ao se ligar trabalho e saúde, se esteja falando da organização deste trabalho, os estudos têm apontado pouco este aspecto, especificamente, ou seja, o quê, efetivamente, na organização do trabalho, afeta a saúde do trabalhador: a organização da ação em si, as relações de trabalho, as relações de poder?

Entre vários estudos realizados, destaco o de Kirchoff (1997), que analisou as tendências temáticas sobre a relação trabalho e saúde, em estudos acadêmicos brasileiros produzidos no período entre 1990 e 1994 e, a partir destes, categorizou várias áreas temáticas, entre estas a organização do trabalho, identificando que os estudos, nesta área, contribuem na compreensão sobre as determinações sofridas pelo ser humano no trabalho.

Kirchoff (1997) aponta a existência de uma lacuna em relação às investigações acerca da organização do trabalho na área da saúde, principalmente no que se refere a novos paradigmas que permitam a flexibilização das organizações, já que os estudos por ela analisados demonstram que o paradigma taylorista-fordista é insuficiente para dar conta das demandas atuais dos usuários e dos profissionais de saúde, pois não levam em conta os avanços que são imprescindíveis para a ampliação do trabalho na área da saúde, visando, inclusive, a qualidade de vida no trabalho.

Silva (1996), ao estudar o desgaste do trabalhador de enfermagem, aponta as cargas de trabalho presentes no cotidiano do trabalho em enfermagem, as quais acarretam tal desgaste, referindo, de forma genérica, a organização e a divisão do trabalho como fatores de desgaste do trabalhador, associando a estes, principalmente, as cargas psíquicas.

Também, Pires (1998) salienta a importância de estudos acerca do processo de trabalho em saúde, já que predominam, neste campo, pesquisas relacionadas à etiologia das doenças e assistência ao processo saúde-doença, bem como estudos no campo da saúde coletiva. Aponta, ainda, que somente a partir da década de 70 surgem pesquisas acerca do trabalho na área da saúde, porém poucas têm explorado aspectos relacionados à organização do trabalho e, principalmente, a sua relação com a saúde do trabalhador.

Tendo em vista esta lacuna nos estudos acerca do processo de trabalho, relacionada à organização do trabalho e à saúde do trabalhador, principalmente o de Enfermagem, centralizo meu trabalho nesta área temática, abordando aspectos das categorias que sustentam a análise teórica, quais sejam: o trabalho propriamente dito, a organização do trabalho, principalmente da enfermagem, e a saúde do trabalhador.

Com base nos vários questionamentos apontados, aliados à trajetória profissional e ao referencial teórico, adoto as seguintes premissas neste estudo:

- o trabalhador de enfermagem é um ser único, indivisível, histórico, social e multidimensional;
- o trabalho faz parte do cotidiano do ser humano, constituindo uma de suas dimensões;
- a organização do trabalho é um dos fatores determinantes que interferem na qualidade de vida do trabalhador, no seu processo saúde-doença e nas condições de trabalho;
- a organização do trabalho está relacionada à divisão técnica e social do trabalho – à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle do ritmo e pausas de trabalho por parte da empresa e as relações de trabalho – bem como à realização das atividades em si, repercutindo sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores, podendo causar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas;
- novas formas de organizar o trabalho pressupõem valorizar a participação do trabalhador como sujeito verdadeiramente ativo do processo de trabalho, considerando, neste processo, a sua subjetividade;

- *a subjetividade não se restringe ao indivíduo, mas a uma circulação onde participa a mente, os afetos, o corpo, os vínculos, o trabalho, a casa e os outros* (VOLNOVICH, 2000, p. 63).

Assumo como hipótese deste estudo, ou tese, que **aspectos estruturais, embora sejam diretamente responsáveis pela precarização da vida de um modo geral, aparecem menos no discurso dos trabalhadores que os organizacionais e relacionais, como determinante do processo de desgaste físico e psíquico no desenvolvimento da enfermagem hospitalar.**

Tal hipótese é apresentada como resposta plausível à seguinte questão de pesquisa, embora requeira um processo investigativo para ser confirmada: **que aspectos na organização do trabalho da enfermagem são determinantes no processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem hospitalar?**

Esta pergunta, cuja resposta irá confirmar ou refutar minha hipótese de pesquisa, determina os seguintes objetivos a serem alcançados, quais sejam:

- determinar o que, na organização do trabalho da enfermagem, em seus aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, tem sido determinante do processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem, segundo sua própria percepção;
- refletir sobre estratégias de re-organização do trabalho da enfermagem, no sentido de minimizar o desgaste físico e psíquico dos trabalhadores.

Com a análise da relação organização do trabalho e saúde do trabalhador, aliada à proposta de repensar a organização do trabalho da enfermagem, acredito que este estudo possa contribuir para a construção de novas formas de organização do trabalho, com vistas a que o trabalhador de enfermagem conquiste um trabalho mais prazeroso, com menos sofrimento e mais saudável, ou seja, permitindo que o trabalho se torne um processo criativo e fonte de vida, possibilitando ao trabalhador liberdade de agir individual e coletivamente, na busca de um trabalho pleno.

2 SAÚDE DO TRABALHADOR E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

*Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*
(CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, 1976, p. 108)

Refletir sobre a saúde do trabalhador faz pensar no trabalho, na relação entre os homens, na vida cotidiana, na hierarquia, na organização e também na esperança.

Neste estudo, busco discutir aspectos relacionados ao trabalho, à organização deste, ao sujeito como trabalhador e sua saúde, aspectos que estão articulados e têm sido objeto de observação e reflexão ao longo da história, embora os diversos pesquisadores tenham registrado suas observações e reflexões de forma diversa, *segundo as lentes utilizadas para ‘olhar’ o mundo* (DIAS, 1993), cujas respostas não têm sido suficientes para elucidar aspectos importantes e contraditórios do trabalho na saúde e na enfermagem.

Por outro lado, torna-se importante apontar quais “lentes” serão utilizadas nesta investigação, de modo que passo a expor minha aderência teórica na compreensão do trabalho e de seu significado para o ser humano³. Este passo é tanto mais importante quanto mais nos aproximarmos de uma perspectiva ética, para esclarecer os vieses próprios aos conteúdos ideológicos, sem dúvida existentes, sempre que se assume posições de confronto com a mentalidade vigente.

³ Parte deste texto em que apresento minhas concepções teóricas acerca do conceito de trabalho foram extraídas do texto “Consciência e trabalho: a práxis na enfermagem como possibilidade de transformação”, apresentado à Banca Examinadora para Qualificação do Projeto de Tese de Doutorado.

2.1 Trabalho, consciência, alienação e práxis na concepção marxista

O mundo prático do trabalho, inicialmente, foi desconsiderado pelos primeiros filósofos, tanto que, para os gregos, o homem aprimorava-se pelo caminho da contemplação, da atividade intelectual, sem necessitar de qualquer atividade prática material, separando teoria da prática, ignorando, pode-se dizer, o mundo do trabalho, do qual se alheava uma parcela da sociedade. Este pensamento estava presente desde os antigos gregos, fortalecendo-se em Platão e Aristóteles.

Foi com o Renascimento que a consciência filosófica da práxis sofreu uma mudança radical, destacando-se esta reflexão no pensamento de Leonardo, Giordano Bruno e Francis Bacon. Para estes pensadores, o homem deixa de ser apenas um animal teórico, para ser um sujeito ativo, criativo e construtor do mundo.

Reivindica-se a dignidade humana não só pela contemplação, como também pela ação; o homem, ente de razão, é também ente de vontade. A razão permite-lhe compreender a natureza; sua vontade – iluminada pela razão – permite dominar e modificar a natureza (VÁZQUEZ, 1977, p. 25).

Posteriormente, outros pensadores continuam refletindo acerca da relação teoria-prática, mas foi com os economistas clássicos do século XVIII – Adam Smith, David Ricardo, entre outros, que o trabalho humano passou a ser destacado como fonte de toda riqueza social e de todo valor. Marx e Engels, apesar de criticarem os economistas clássicos, apontando as limitações da concepção valor-trabalho, ressaltam o mérito destes ao abordarem tal concepção.

A base da crítica de Marx aos economistas está relacionada ao fato destes não abordarem a relação homem-trabalho, tendo colocado o trabalho como algo exterior ao homem. Assim, não relacionaram a transformação da natureza e a transformação do próprio homem ao modificar a realidade natural por intermédio do seu trabalho. Este aspecto da externalidade do trabalho e da transformação da natureza e, conseqüentemente, de si mesmo, já era ressaltado por Hegel, o que Marx reconhece.

Desta forma, como aponta Vázquez (1977, p. 35),

o conceito de práxis – limitado à atividade material transformadora da realidade natural – fica reduzido a um conceito econômico. Contudo, a descoberta do trabalho humano como fonte de todo valor e riqueza, põe nas mãos da filosofia – primeiro com Hegel e depois com Marx – um instrumento valiosíssimo para levar-se a uma concepção da práxis total humana.

Com Marx e Engels, o homem passou a ser concebido como um ser ativo e criativo, que transforma a si (por meio de sua consciência), bem como o próprio mundo. É, portanto, por consequência do trabalho que o homem transforma a natureza e a si mesmo (MARX, 1988). Mas é também no trabalho que o homem sofre seu processo de alienação, de acordo com Marx, contrapondo-se, deste modo, a Hegel.

A noção filosófica de alienação foi desenvolvida, fundamentalmente, por Hegel, na obra *Fenomenologia do Espírito*. Como colocamos anteriormente, Hegel entendia que, no processo de conscientização, há uma vinculação entre a realidade do objeto e a realidade do sujeito, ou seja, articulação objeto-sujeito. Neste processo, a compreensão da realidade de si é resultado de uma idéia, sendo que, em cada uma das manifestações das idéias, o homem

se aliena, se exterioriza, de maneira que tudo o que existe é uma manifestação e objetivação do devir da idéia. Assim, a natureza é uma manifestação ou auto-alienação do Espírito. E o homem, por sua vez, é Espírito enquanto é objetivação ou alienação da natureza (MORATÓ; RIU, 1998, s.p.).

Para Hegel, a alienação faz parte da essência humana e sua superação se dá pela apropriação do mundo pelo espírito, por meio do trabalho (prática), ou, teoricamente, pela arte, religião ou filosofia. Inicialmente Feuerbach e, posteriormente, Marx se contrapõem a Hegel, em razão desta dimensão idealista de sua concepção de homem e alienação.

De acordo com Feuerbach, para se alcançar a consciência, ou auto-consciência, não se pode partir do mundo do pensamento, das idéias, mas sim do homem concreto e sensível. Este filósofo entendia alienação *como uma projeção que o homem faz involuntariamente de produtos de sua própria atividade e de sua essência para tomá-los depois como coisas em si e submeter-se a eles* (MORATÓ; RIU, 1998, s. p.).

Marx, mesmo aceitando o ponto de vista de Feuerbach, criticou sua crença na existência de uma essência humana universal e imutável. Para Marx, não há tal essência imutável e, sim, condições concretas de produção, que determinam o processo de alienação, já que os homens são o produto de seu trabalho. Marx afirmava que

a produção das idéias, representações, da consciência está a princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, linguagem da vida real.[...] A consciência nunca pode ser outra coisa senão o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo real de vida (MARX; ENGELS, 1981, p. 29).

A consciência, portanto, amplia-se, por meio da ação humana, pela sua capacidade de modificar-se e modificar a natureza, alcançando a consciência pelo processo de abstração do conhecimento.

Desse modo, a universalidade reflexionante do homem é constituída graças ao modo pelo qual ele produz e produz a si próprio; não trabalha unilateralmente e sob a pressão da necessidade física, como o fazem os animais, mas genericamente, para si e para seu semelhante, sempre tendo em vista mediata ou imediatamente a coletividade (GIANOTTI, 1985, p. 128).

Marx enfatizava a relação que os homens estabelecem entre si e com a natureza, bem como as relações no processo de trabalho. Estas relações sociais não ocorrem no vácuo, mas sim na realidade concreta, por isto, os objetos não se objetivam externamente à consciência, principalmente quando no âmbito individual. Diz Gianotti (1985, p. 129) que

a existência do objeto, ao contrário, implica uma intersubjetividade concreta, um processo social da produção que se faz desde o início sob a égide da universalidade. [...] Não há relação social que não tenha um fundamento natural. Por isso o ser configura a face objetivada das relações humanas que possuem nas coisas o termo mediador.

Marx buscou mostrar que o modo de produção capitalista é que aliena o homem, que o transforma também numa mercadoria, contrapondo-se a Hegel, que entendia o trabalho como essência autoconfirmadora do homem, observando apenas seu aspecto positivo. Segundo Marx (s.d., p. 55 - 56), confrontam-se, no processo produtivo, o capitalista, que se apresenta como o comprador do trabalho, personificando-se como capital, e o operário, que ao vender sua força de trabalho, personifica-se como trabalho. Afirma este pensador que

a dominação do capitalista sobre o operário é, por conseguinte, a dominação da coisa sobre o homem, a do trabalho morto sobre o trabalho vivo, a do produto sobre o produtor, já que, na realidade, as mercadorias, que se convertem em meios de dominação sobre os operários (porém apenas como meios de dominação do capital), não são mais do que simples resultados do processo de produção, do que produtos do mesmo. Na produção material, no verdadeiro processo da vida social – pois é isso o processo de produção – dá-se exatamente a mesma relação que se apresenta na religião, no terreno ideológico: a conversão do sujeito em objeto e vice-versa.

Desta forma, o processo de produção conduz ao processo de alienação no próprio trabalho. Mesmo com esta alienação, Marx destacava a possibilidade de haver, a partir do trabalho, um reencontro do homem consigo mesmo. Para ele (1978, p. 38),

*o fundamental é que o objeto da consciência nada mais é do que a **autoconsciência**, ou que o objeto não é senão a **autoconsciência objetivada**, a autoconsciência como objeto. [...] Importa, pois superar o **objeto da consciência**. A **objetividade** como tal*

*é tomada por uma relação **alienada** do homem, uma relação que não corresponde à **essência humana**, à **autoconsciência** (grifos do autor).*

O trabalho aliena, em função de várias facetas: com a divisão do trabalho, o homem perde a noção do todo no processo; quando passa a trabalhar somente para suprir suas necessidades de sobrevivência, o trabalho separa-se do sujeito trabalhador, embrutecendo-o e mortificando-o; ocorre o isolamento, com o trabalho, perdendo-se o sentido social de sua ação. *Apagando a dimensão consciente da produção humana, o trabalho alienado inverte o sentido da atividade vital: transforma-a num instrumento de garantia da existência de cada um, seja ela qual for, ao invés de fazer dela a manifestação de sua essência* (GIANOTTI, 1985, p. 138).

Este ponto é crucial no estudo ora empreendido, pois há muitos indícios de que o trabalho na saúde, ao incorporar aspectos morais (pois não se concebe a relutância na definição do trabalho necessário para a reparação ou manutenção da saúde), leva o trabalhador a fazê-lo como se faz um ato de caridade, já mencionado em inúmeras pesquisas nesta área. Esta ligação entre trabalho e caridade proporciona um campo fértil para a alienação, que se associa às outras condições próprias ao modelo social de produção capitalista, tornando-se uma face difícil de ser desvendada, uma vez que não se pode, simplesmente, retirar do ser humano sua vocação para fazer o que considera bom e justo, como pressuposto de toda relação ética.

Vázquez, ao resgatar a concepção de Marx acerca da práxis, entendida como atividade humana transformadora da natureza e da sociedade, atividade esta real, objetiva e ao mesmo tempo ideal, subjetiva e consciente, aponta a dificuldade do homem em suplantar o processo de alienação, resgatando uma práxis verdadeira. Diz este autor que

o homem comum e corrente, enredado no mundo de interesses e necessidades da cotidianidade, não ascende a uma verdadeira consciência da práxis capaz de ultrapassar os limites estreitos de sua atividade prática para percebê-la, sobretudo em algumas de suas formas – o trabalho, a atividade política, etc – em toda a sua dimensão antropológica, gnoseológica e social. Ou seja, não consegue ver até que ponto, com seus atos práticos, está contribuindo para escrever a história humana – como processo de formação e auto-criação do homem – nem pode compreender até que grau a práxis necessita da teoria, ou até que ponto sua atividade prática é expressa como práxis humana social, o que faz com que seus atos individuais influam nos dos demais, assim como, por sua vez, os destes se reflitam em sua própria atividade. Pois bem, a superação dessa concepção da práxis que a reduz a uma atividade utilitária, individual e auto-suficiente (com relação à teoria) é uma empresa que está além das possibilidades da consciência comum e que ela não poderia cumprir sem negar-se a si mesma (VÁZQUEZ, 1977, p.15).

O processo de alienação imposto pelas relações estabelecidas pelos homens no processo de trabalho, em que se perde a consciência do significado social da produção, em que ocorre o processo de individuação, também pode levar ao restabelecimento de uma rede de relações sociais, em razão da sociabilidade que o trabalho contém. Há que se considerar que o homem é um ser histórico e se encontra em relação, inclusive no trabalho, o que significa localizá-lo em um amplo campo de trocas, no qual não se pode fazer uma anti-sepsia, para livrá-lo dos apelos ideológicos de consumo e satisfação ‘para si’, mesmo a custo da insatisfação para outrem.

A busca pela superação do processo de alienação e de individuação dos homens se dá pela consciência de classe, em que os trabalhadores têm consciência da totalidade histórico-social na qual estão inseridos, apropriando-se de sua própria concreticidade, como sujeito cujo lugar no mundo pode não possibilitar a mesma qualidade de vida que teria se estivesse em outro lugar social, se pudesse fazer esta escolha. Entretanto, se alienação, em Marx, dá-se pelo trabalho, e, mais especificamente, pelo modo de produção capitalista, o processo de desalienação ocorre, também, nele, pela sua alteração, o que ele apontou em várias de suas obras, como nos Manuscritos Econômico-Filosóficos, Ideologia Alemã, O Capital e Grundrisse, entre outros (DIÁZ, 1975).

Neste novo modo de produção, se aboliria a propriedade privada. Mas, salienta Gianotti (1985, p. 141),

não devemos imaginar que o comunismo represente a forma perene de sociabilidade [...] Não se trata pois de impor a todas as sociedades uma única forma de organização social mas deixar a cada uma a tarefa de encontrar um modo próprio de socializar seu meio ambiente e as forças de seu povo.

Nesta visão, encontra-se o norte para estudos como este, na busca de novas possibilidades para o trabalho, de maneira que possa ser não alienante, mas libertador, a partir de processos encontrados na compreensão mesma de seu interior e de sua conformação, integrados ao mundo da produção em outros âmbitos.

Também se faz necessário, neste processo de desalienação, a socialização de cada indivíduo, a partir da socialização de seus sentidos, o que se dá de forma cognitiva, ou pela prática renovada e consciente.

Vázquez, ao abordar a relação da consciência na práxis, nos mostra como, por meio do trabalho, da ação do homem sobre a natureza, pode-se alcançar diferentes níveis de práxis,

que o autor denomina como práxis criadora, reiterativa ou imitativa, reflexiva e espontânea, os quais ocorrem a partir do cotidiano, do mais elevado para o menos elevado nível de consciência do trabalhador.

Salienta este autor que o ser humano usa de seu poder de criação na execução da atividade humana, já que, enquanto atividade racional, o trabalho é, antes de realizar-se, um projeto, engendrado como processo de cognição, revelador do grau de consciência do sujeito.

A atividade prática do sujeito tem um caráter criador, caracterizando a práxis criadora sempre relativa a uma necessidade. No entanto, ao caráter criador está aliado o caráter de repetição, de modo alternado. Enquanto a práxis criativa tem um caráter inovador, que traz à tona uma nova realidade, a práxis reiterativa ou imitativa *é uma práxis de segunda mão que não produz uma nova realidade; não produz uma mudança qualitativa na realidade presente* (VÁZQUEZ, 1977, p. 258).

No processo de produção, principalmente naqueles em que há uma mecanização, o trabalho parcelado, em cadeia, há a manifestação da práxis reiterativa, afastando do trabalhador a possibilidade de criação. No trabalho criador, há uma unidade entre consciência e corpo, superando, desta forma, a divisão entre o momento intelectual e manual, pois toda atividade criadora é uma atividade da consciência, e tem como objetivo apresentar algo novo.

Ao abordar a práxis espontânea e reflexiva, Vázquez (1977) estabelece uma relação entre consciência prática e consciência da práxis. Afirma este autor que a consciência prática ocorre à medida que se projeta algo, a partir da finalidade ou modelo do que se quer realizar, e que vai modificando durante o processo, no sentido de atender às exigências deste. Já, a consciência da práxis dá-se pela consciência da própria atividade material, podendo ser entendida como auto-consciência prática. A práxis espontânea e a reflexiva estão relacionadas à auto-consciência prática, sendo que é por meio de uma práxis consciente e reflexiva que Marx apontava a possibilidade de superar a alienação do trabalhador, na medida em que este toma consciência da realidade na qual está inserido.

Com este breve resgate sobre o pensamento acerca de trabalho, salienta-se que, ao longo de seu desenvolvimento, o homem vem sofrendo perdas sucessivas, tanto no processo de construção social, quanto no processo de construção de si mesmo. Nesta caminhada, busca formas de reapropriação de si e do processo coletivo de construção social, o que, de certa forma, se dá pela busca da práxis reflexiva.

*O trabalho, como tudo quanto é humano, pode ser analisado dialeticamente. Já os antigos romanos utilizavam duas palavras bem diferentes para referir-se ao trabalho sob dois pontos de vista divergentes: **labor**, **laboris** eram as palavras com que se referiam à ocupação agradável ou atividade de homens livres: **tripalium**, **tripalii** era utilizado para referir-se ao trabalho que escraviza o homem* (MARTINS PEREZ, s.d.).

Este autor ressalta que a dupla conceituação de trabalho está presente nas línguas latinas, em função dos radicais **labor** ou **labore**, que indicam **lazer**, e de **tripalium/tripaliare**, que significam *martirizar-se com o tripalium (instrumento de tortura)* (FERREIRA, 1986, 1995). Estas duas acepções constituem a dialética do trabalho. No entanto, o significante *tripalium* é o mais comum nas línguas latinas. A partir destes radicais, surgem as palavras **trabajo**, em espanhol; **trabalho**, em português e **travail**, em francês.

Percebe-se que esta dupla visão de trabalho, ainda hoje, está presente em nosso cotidiano, pois, para muitos, o trabalho é encarado como libertador, prazeroso, e mesmo quando é árduo, traz esperança e possibilidades ao trabalhador. É a concepção de trabalho ligada ao radical **labor**. Mas há, também, o trabalho que gera escravidão, desesperança, o trabalho monótono, sem criatividade, deprimente e que embrutece o homem, ao invés de humanizá-lo. Esta visão do trabalho tem origem no radical **tripalium**.

O trabalho, sendo uma atividade concreta, realizada individual ou coletivamente, constitui-se numa experiência social, portanto ligado a esta dupla significação, e Cattani (1996, p. 39) também o considera desta forma, ao afirmar que *opressão e emancipação, tripalium (tortura) e prazer, alienação e criação são suas dimensões ambivalentes, que não se limitam à jornada laboral, mas que repercutem sobre a totalidade da vida em sociedade*. Isto significa que não seria possível ao trabalhador livrar-se desta determinação por um simples ato de vontade, mas sim por meio de sua consciência de trabalhador, de sua constante busca em compreender sua própria vida no trabalho e a partir dele.

2.2 Organização do trabalho

Estabelecendo a relação entre processo de trabalho e organização do trabalho, é perceptível, porém, que o trabalho em si nem sempre é somente perigoso e nocivo, proporcionando, ao mesmo tempo, vivências de prazer e de sofrimento. De acordo com Cohn e Marsiglia (1993, p. 71), o que torna o trabalho *nocivo e perigoso é exatamente a forma pela qual é organizado pelo próprio homem*, embora se possa questionar que seja somente isto.

Dejours (1988) também compartilha da idéia de dupla função do trabalho na vida dos homens, ou seja, o trabalho pode ser encarado como fator de equilíbrio e desenvolvimento, como forma de prazer, ou ser patogênico, levando ao desgaste, à deteriorização, ao envelhecimento precoce, às doenças graves. Este autor já havia apontado a organização do trabalho como um dos principais fatores de desgaste do trabalhador no processo produtivo.

A organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macro-econômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente.

Desta forma, pensar na organização do trabalho não significa somente refletir como se dá o modelo internamente implementado à referida instituição. Há que se pensar na totalidade que compõe este contexto.

Para Dejours, Dessors e Desrioux (1993), a organização compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, significando que, ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os homens. Em razão desta complexidade é que a organização do trabalho interfere diretamente na saúde do trabalhador, o que pretendo descrever e analisar nesta investigação.

Com a evolução do trabalho, que passa das formas mais simples e individuais de execução, para um trabalho coletivo e compartimentado, em que a complexidade exige um alto grau de especialização, faz-se necessária a organização do trabalho, como forma, principalmente, de aumentar a produção, mas também de controlar o trabalhador e extrair o máximo de sua potencialidade. Com o advento da industrialização, surgem as formas científicas de organização do trabalho, que, além de buscar a produtividade, anulam o trabalhador frente aos objetivos da organização ou instituição. A instituição, enquanto espaço privilegiado dos tempos modernos, profissionalizou-se em torno das gerências, o que Chanlat (2000, p. 119) denomina de método ou modo de gestão, que compreende o

estabelecimento das condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão do pessoal, e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram.

Na enfermagem, Capella (1998), Pires (2000) e Matos (2002) definem organização do trabalho da enfermagem, como um processo coletivo de trabalho, em que os trabalhadores de enfermagem estabelecem relações com outros trabalhadores e com os usuários dos serviços, buscando com este atender as necessidades da clientela. Capella (1998), ao tratar acerca da organização do trabalho da enfermagem, esclarece que é o modo como os trabalhadores de enfermagem dispõem o seu trabalho, fornecendo, inclusive, a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, quanto aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência.

Para Chanlat (2000), organização do trabalho tem relação direta com o modo de gestão, ou seja, faz parte do que se entende por modo de gestão. Assim, analisar a evolução da organização do trabalho implica em entender como os processos gerenciais foram se desenvolvendo e, no caso da enfermagem, é compreensível que a organização tenha se transformado na principal operação, apesar de ser abstratamente tratada como ‘cuidado indireto’, considerado como parte necessária para a produção do cuidado terapêutico.

Ao se estudar, por exemplo, as civilizações antigas, como Grécia, Roma e China, percebe-se que nelas já eram aplicados princípios de organização, pois somente desta forma seria possível a realização de obras de grande vulto, entre as quais destacam-se o sistema de irrigação e os ensinamentos matemáticos e astronômicos da Babilônia, os sistemas de bibliotecas da Assíria e mesmo a elaboração do Código de Hammurabi, que incluía incentivos e salário mínimo, em 1800 a.C. Na civilização chinesa, também há registros da utilização de princípios de administração, na construção da Muralha da China, na concepção dos exércitos compactos, do sistema viário intercontinental, permitindo uma expansão considerável do comércio. Além disto, o princípio da especialização (divisão do trabalho) já era usado em 1.650 a.C. e a rotação de mão-de-obra já era aplicada desde 400 a.C. (MEGGINSON; MOSLEY; PIETRI JR, 1998).

Mas foi com a Revolução Industrial, que substituiu a produção manual e artesanal, no âmbito domiciliar, pela produção mecânica e fabril, que ocorreram na Europa os primeiros registros de administração, por volta de 1.700 até 1.850, chegando aos Estados Unidos no final do século XIX, implicando em modificações significativas na forma de organizar o trabalho. Tanto na Europa, quanto nos Estados Unidos, surgiam administradores que buscavam, com base em uma abordagem de tentativa-e-erro, formas de aumentar a produção.

A crítica a este tipo de abordagem levou à abordagem científica do trabalho (MEGGINSON; MOSLEY; PIETRI JR, 1998).

Frederick Taylor foi o precursor do estabelecimento de modos de gestão, propondo a Organização Científica do Trabalho (OCT), que teve sua base nos estudos de tempo e movimento. Mesmo que a origem de suas idéias possa estar ligada aos primeiros pensadores ingleses, franceses e norte-americanos, Taylor melhorou os métodos de administração existentes, aplicando a abordagem científica. Ele preconizava a divisão do trabalho, a especialização dos trabalhadores e a padronização das tarefas, com vistas ao aumento da produção pela eficiência do nível operacional.

A supervisão e o controle dos trabalhadores têm papel fundamental nesta teoria, já que, com a especialização do trabalhador, este perde a visão do processo de trabalho como um todo, sendo o supervisor o “elo” de ligação das partes com o todo. De acordo com este método de gestão, *o ser humano é encarado somente como uma pessoa dotada de energia física e muscular e movido unicamente por motivações de ordem econômica. A empresa é considerada como uma máquina e os homens e mulheres como engrenagens dessa máquina de produção* (CHANLAT, 2000, p. 120).

Pires (1998, p. 33) destaca o papel do taylorismo como forma de controle do trabalhador por meio do gerente, chegando esta a um patamar até então nunca alcançado. Afirma que *a gerência racionaliza a produção, definindo o modo e os tempos de produção; estabelecendo, rigidamente, os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção.*

Este modelo de organização foi aplicado por Ford, em suas empresas, passando, então, a ser denominado modelo taylorista-fordista. Com Ford, a organização do trabalho e o estilo de gestão são marcados pela racionalização, mecanização e produção em massa. Aprofunda-se a separação entre concepção e execução, sendo o controle realizado pela máquina.

Ford cria a linha de montagem mecanizada e parcialmente automatizada. Com a mecanização e automação, o trabalho humano não mais precisava ser controlado pelo gerente, pois passou a ser controlado pela máquina, que leva o trabalho até os trabalhadores, determinando tempos e movimentos. Este fator difere do modelo de Taylor, em que o ritmo estava baseado no rendimento individual (PIRES, 1998).

A forma como Taylor e Ford pensaram a organização do trabalho, com sua fragmentação, acentua a alienação do trabalhador do processo de trabalho, de modo que concepção e execução cabem a indivíduos diferentes. De acordo com Cohn e Marsiglia (1993, p. 69), o taylorismo e fordismo possibilitam a consolidação da automação, operando uma mudança na base técnica do trabalho, com uma extrema divisão deste na planta industrial,

transformando o trabalhador em objeto e não sujeito da produção. E viabilizam, igualmente, a intensificação do trabalho e a redução das opções dos trabalhadores sobre como realizar suas tarefas. O trabalhador passa a ter seus movimentos ditados pela máquina e pela organização específica do trabalho.

Vale destacar, ainda, que estas formas de organização impõem uma disciplina e controle rígidos, eliminando o trabalhador dos processos de decisão. Além disto, os ritmos impostos propiciam maior produtividade, mas este aumento de produção não significa um retorno ao trabalhador, pelo contrário, o salário e o acesso aos bens produzidos continuam os mesmos, o que denota a perversidade destes modelos de organização.

Enquanto Taylor e Ford se preocupavam com o trabalho de cada operário, começava na Europa um outro movimento, que enfatizava os aspectos gerais da administração e a organização estrutural das empresas. A ênfase na estrutura organizacional destaca a preocupação com a formação de uma rede interna de relações entre os diferentes órgãos que compõem a estrutura organizacional, estabelecendo um conjunto de princípios universais para o bom funcionamento das empresas. Duas diferentes abordagens priorizam a estrutura organizacional: a Teoria Clássica e a Teoria da Burocracia (CHIAVENATO, 1999 a).

Henry Fayol, contemporâneo de Taylor e Ford, foi um dos precursores deste movimento, revolucionando, na França, o pensamento administrativo, ao criar a Teoria Clássica da Administração, que tem sua base alicerçada na estrutura administrativa da empresa. Fayol instituiu os cinco elementos básicos que compõem a função administrativa: previsão, organização, comando, coordenação e controle. Estabeleceu também 14 princípios gerais da administração, que deveriam reger a função do administrador, entre os quais destacam-se: divisão do trabalho; autoridade e responsabilidade; empresa, com valorização da autoridade; disciplina, com estabelecimento de regras da organização; unidade de comando e direção; subordinação do interesse individual ao geral; centralização do poder; hierarquia; ordem, em que pessoas e materiais devem estar em lugares adequados e no tempo certo, possibilitando a maior eficiência; estabilidade na permanência de pessoal, evitando a

rotatividade, que é ineficiente; salários adequados aos trabalhadores (CHIAVENATO, 1999 a; MEGGINSON; MOSLEY; PIETRI JR, 1998).

Destaca-se que a Teoria Clássica teve enorme impacto e repercussão durante as cinco primeiras décadas do século XX, sendo recentemente redimensionada e atualizada pela Teoria Neoclássica.

À rigidez colocada pelo modelo de Taylor e Fayol, foi aliada a Teoria sobre o papel da Burocracia, de Max Weber, que enfatizou a racionalidade, adequando os meios aos resultados esperados. Weber destacou a necessidade de um treinamento minucioso do trabalhador, detalhando as atividades a serem realizadas. A impessoalidade nas relações é salientada nesta teoria, com destaque para regras, normas e regulamentos.

Esta forma de organização se caracteriza pelo desenvolvimento de uma pirâmide hierárquica, mantendo uma divisão parcelar do trabalho, dando grande importância aos especialistas e técnicos, tendo controles muito sofisticados, com centralização do poder e autonomia muito fraca para os escalões inferiores, além da ênfase na regulamentação escrita.

De acordo com Chanlat (2000, p. 120), neste modo de gestão, *o ser humano está, antes de tudo, submetido ao império da norma e aos limites que a mesma fixa para as suas atividades*. Esse respeito à regra é uma das características de uma organização burocrática.

Para uma organização funcionar, regras, normas e rotinas são necessárias, porém o problema destas formas de organização está na ausência da participação do trabalhador na elaboração e definição destas. Normas, regras, rotinas, geralmente são verticalizadas, instituídas sem consulta aos trabalhadores, gerando, por vezes, desconforto, insubordinação, desgaste.

Outras escolas também têm sido empregadas na organização do trabalho, as quais surgiram principalmente após a década de 60, quando o taylorismo-fordismo e o fayolismo dão sinais de esgotamento. No período em que reinou o taylorismo, sobressaiu-se, de acordo com Oliveira (2000, p. 243),

a tecnologia da submissão, da disciplinarização do corpo, gerando exigências fisiológicas até então desconhecidas, como a conexão entre o tempo e o ritmo da atividade do trabalho, que neutraliza a atividade mental, isto é, separa a atividade manual da intelectual. Os trabalhadores não têm conhecimento do processo integral do trabalho, nem sequer sabem o porquê de suas tarefas. O corpo dócil e vigiado resta sem defesa, fragilizado e privado da capacidade de pensar.

Este modelo de organização já não satisfaz, principalmente em decorrência do movimento operário, que se contrapõe a este modelo, reivindicando melhores condições de trabalho e redução da jornada de trabalho, bem como a autonomia sindical e políticas de prevenção aos riscos do trabalho.

De acordo com Oliveira (2000, p. 241), *essa situação, que diferenciava a saúde da doença e visibilizava a relação entre a organização do trabalho e a qualidade de vida, colocou definitivamente no mundo social a importância do trabalho para a auto-estima dos trabalhadores – homens e mulheres.*

Mesmo tendo o taylorismo-fordismo “reinado” até meados da década de 60, anteriormente, na década de 30, período da grande recessão econômica, e, posteriormente, no período pós-guerra, surge a preocupação em resgatar o lado mais humano do trabalhador, a partir da Escola das Relações Humanas, sucedida posteriormente pela Teoria Comportamental.

A Escola das Relações Humanas defende a necessidade psicológica do trabalhador em sentir-se como membro de um grupo social e, para tanto, deve encontrar na instituição situações que possibilitem a cooperação e sua integração, além da recompensa financeira. Desta forma, substitui-se a concepção de *homem econômico*, presente nas teorias clássicas da administração, em que o trabalhador era movido apenas pelo salário, pela concepção de *homem social*, entendido como um ser social complexo, com sentimentos, desejos, temores, que interagem em grupos e são motivados por recompensas sociais, simbólicas e não materiais. A partir da Escola das Relações Humanas, passa-se a estudar os aspectos relacionados à motivação humana, necessidades humanas básicas, liderança, comunicação, organização informal e dinâmica de grupo.

Este novo discurso organizacional traz uma nova forma de controle do indivíduo, visando o aumento da produção por meio de uma supervisão mais humana, o que, inclusive, é salientado por Elton Mayo, idealizador desta escola, ao afirmar que *em certo sentido, eles estão sob uma supervisão mais estreita do que nunca, a mudança está apenas na qualidade da supervisão* (MAYO, citado por LEITE, 2000 a, p.85).

As teorias modernas de administração englobam a teoria estruturalista, a teoria comportamental, a teoria sistêmica e a teoria contingencial, as quais salientam a importância de se entender o trabalhador como um indivíduo, com necessidades básicas e psicossociais e propõem a utilização de técnicas de enriquecimento de cargo, de envolvimento e de

participação do trabalhador na organização da produção. Estas teorias enfatizam que o conflito entre trabalho e capital é inevitável, mas que este conflito pode ser positivo, se bem administrado, por meio da abertura de canais de comunicação e participação, que podem caracterizar mudanças na forma de organização do trabalho (COHN; MARSAGLIA, 1993).

A teoria estruturalista surge como um desdobramento da teoria da Burocracia, tendo uma leve aproximação com a Escola das Relações Humanas. Mantém, da teoria da burocracia, a hierarquia, a organização formal, porém com uma visão mais crítica, associando a organização informal à formal, adotando uma abordagem múltipla e globalizante na análise das organizações. Busca, ainda, uma inter-relação das organizações com seu ambiente externo – a sociedade de organizações. Nesta teoria, o trabalhador caracteriza-se como *homem organizacional*, sendo associadas a este as seguintes características: flexibilidade frente às mudanças que ocorrem na vida moderna e à diversidade de papéis desempenhados nas organizações; tolerância às frustrações, evitando, desta forma, o conflito entre necessidades organizacionais e individuais; capacidade de adiar as recompensas; e o permanente desejo de realização, garantindo a conformidade e cooperação com as normas instituídas (CHIAVENATO, 1999 b).

Com a teoria comportamental, institui-se uma nova visão da administração, baseada no comportamento humano nas organizações. Desta forma, desloca-se a preocupação com a estrutura para a preocupação com os processos e dinâmicas organizacionais, com o comportamento das pessoas na organização, tendo como tema central a motivação humana.

A teoria comportamental demonstra a variedade de estilos de administração, que variam de acordo com as convicções que os administradores têm acerca do comportamento humano dentro das organizações, sendo classificados por Likert (apud CHIAVENATO, 1999 b) como autoritário-coercitivo; autoritário-benevolente; consultivo e participativo.

Também, nesta teoria, há ênfase no processo decisório, sendo que não é somente o administrador quem toma as decisões, mas todas as pessoas, cotidianamente, na organização tomam decisões, tornando a organização um complexo sistema de decisões. Enfatizam, portanto, a participação, estabelecendo-se uma reciprocidade entre indivíduos e organizações (CHIAVENATO, 1999 b).

Na teoria sistêmica, a organização é visualizada como um sistema operando em um meio ambiente, dependendo dele para obter recursos ou insumos e para realizar produtos e serviços.

A organização é constituída de sub-sistemas – departamentos, equipes, sendo que os sistemas podem ser fechados (não recebem influência externa) ou abertos (estão em interação dinâmica com o meio ambiente). Enquanto sistema aberto, a organização adapta-se ao seu ambiente, mudando sua estrutura e componentes internos, sempre que surgir uma necessidade.

A abordagem sistêmica constitui-se numa maneira de pensar a organização considerando suas metas, objetivos, finalidade. Desta forma, o trabalhador é visto como um *homem funcional*, que se comporta de acordo com um *papel* dentro das organizações, inter-relacionando-se com os demais trabalhadores como um sistema aberto, no qual os indivíduos agem como transmissores de seu papel (CHIAVENATO, 1999 b).

A abordagem contingencial caracteriza-se como uma concepção eclética, que contém aspectos extraídos das diferentes teorias administrativas: científica, clássica, comportamental, estrutural, sistêmica. Assim, considera que as principais variáveis da administração, ou seja, ambiente, tarefas, estrutura, pessoas e tecnologia, atuam simultaneamente, cada qual com a sua própria força dentro de cada instituição e situação envolvida. Há, portanto, uma inter-relação entre os sistemas social (formado pelos indivíduos, relações interpessoais, grupais, relações sociais no trabalho, cultura) e técnico (tecnologia, novas máquinas, equipamentos).

Nesta abordagem, a tecnologia tem grande influência sobre a organização e seus participantes, sendo que a racionalidade técnica tornou-se sinônimo de eficiência, critério normativo, por meio do qual administradores e organização são geralmente avaliados. Mantém-se, nesta abordagem administrativa, também uma cadeia escalar de autoridade, composta por um nível institucional ou estratégico (nível mais elevado da empresa – diretores, proprietários, altos executivos), um nível intermediário, mediador ou gerencial (que articula internamente o nível institucional e o operacional, composto pela média da administração da instituição) e um nível operacional ou técnico (responsável pela execução cotidiana e eficiente das atividades, relacionado, portanto, com a produção ou serviços da organização).

Há uma organização do trabalho por equipes, visando o aumento do compromisso entre os trabalhadores, mas também com a eficiência da produção.

O trabalhador, nesta teoria, passa a ser concebido como um *homem complexo*, como um sistema complexo de valores, percepções, características pessoais, com necessidades próprias,

sendo também variável, a partir das motivações que recebe da instituição, estando em constante transformação (CHIAVENATO, 1999 b).

Mesmo entendendo o trabalhador em sua complexidade, esta teoria ainda não permite uma maior participação e autonomia relativas do trabalhador, mantendo uma hierarquia dada pela cadeia escalar de autoridade.

Mais recentemente, a partir dos anos 80, novas formas administrativas foram difundidas, entre elas a gestão da excelência ou qualidade total, baseadas principalmente no modelo japonês – o toyotismo, visando produzir cada vez melhor. Parte do pressuposto de que o fator produtividade é determinado pelo trabalhador e não pela máquina, o que determina um modelo de organização do trabalho que estimula a motivação e a qualificação, levando, desta forma, a uma maior produção. Por se identificar como um modelo de produção enxuta, busca ajustar produção e demanda, visando a inexistência de estoques, pressupondo fornecer, a cada processo, somente o que é necessário na quantidade e tempo exatos.

Este modelo enfatiza o

êxito, a supervalorização da ação, a obrigação de ser forte, a adaptabilidade permanente. Esse modo de gestão caracteriza-se também por uma maior autonomia no trabalho, uma forte responsabilização, recompensas materiais e simbólicas individualizadas, relações hierárquicas mais 'igualitárias', uma flexibilidade e uma polivalência da mão-de-obra e um recrutamento seletivo (CHANLAT, 2000, p. 121).

Neste modo de gestão, o indivíduo mobiliza-se totalmente em favor da organização, buscando a superação de si, estando sempre pronto para os desafios, o que leva a um comprometimento total do trabalhador com a instituição.

Com a busca permanente pela excelência, apontada principalmente pelo modelo da qualidade total, deslocando-se do “ser” para o “fazer”, as organizações passam a ser os espaços em que os resultados deveriam ser atingidos. No modelo de excelência, da qualidade total, de acordo com Freitas (2000, p. 11),

o padrão, sempre crescente, será a exigência-chave não apenas para a qualidade do trabalho, mas se constituirá num sistema moral, que engloba toda a conduta do indivíduo. A carreira, ou status profissional, torna-se o elemento organizador da vida pessoal, aquilo que lhe dá sentido [...] A identidade profissional torna-se a identidade pessoal.

Há, portanto, que se estar atento aos modelos de qualidade que estão sendo “alardeados” como um sucesso, como a possibilidade de se alcançar a excelência, tanto para a organização, quanto para o sujeito trabalhador.

Motta (1997 a; 1997 b) destaca que as transformações tecnológicas e sociais repercutem nas formas de organização do trabalho, sendo que a gestão contemporânea tem buscado incorporar mudanças tanto na área empresarial, quanto no setor público. Para este autor, atualmente, *gerenciar uma empresa ou serviço público é gerenciar a mudança*, ressaltando, no entanto, que há que se ter prudência na implementação de novos métodos, pois normalmente *os modismos vulgarizam os conceitos de paradigma, teoria e modelos de inovação organizacional, dando-lhes conotações diversas, superficiais e contraditórias* (MOTTA, 1997 b, p. XV e XVII). Porém, há que se pensar em mudanças, em novos paradigmas, em novos modelos organizacionais e neste sentido, Motta (1997 a) apresenta o que denomina de organização atomizada e holográfica.

A organização holográfica caracteriza-se pela descentralização e flexibilidade, em que as unidades são autônomas e refletem o todo organizacional. Pauta-se, também, no trabalho em equipe, em que há menos hierarquia, a responsabilidade é compartilhada, bem como o poder, que se torna dinâmico, construído no próprio processo de decisão. Mesmo com a descentralização dos diferentes setores, este mantém uma interdependência que é garantida por meio de valores compartilhados e um sistema de comunicação intensivo.

Afirma Motta (1997 a, p. 123) que

Antes de ser uma alternativa de modelagem ou de estruturação organizacional, a forma holográfica significa uma nova maneira gerencial de pensar. Como idéia, reflete as tendências contemporâneas de valorizar fatores que criam maior flexibilidade estrutural e maior eficiência na ação organizacional. Como perspectiva gerencial, ensina dirigentes e demais participantes do processo organizacional a desafiar a estrutura existente e a buscar novas formas de adaptação às condições econômicas e sociais que enfrentam.

Neste modelo organizacional, também a forma de gerenciamento sofre alterações. Há uma diminuição significativa das gerências intermediárias e a gerência superior tem menor poder de decisão e controle, que passa a ser compartilhado com os membros da instituição. Esta maior participação permite inovações e criatividade.

Entre os modelos contemporâneos de modelos de organização, encontra-se também a gestão participativa, na qual a participação se dá tanto no âmbito da organização do trabalho,

quanto do poder, do ter e de obter resultados, o que de certa forma aproxima-se ao modelo de organização holográfico. Ressalta Chanlat (2000, p. 121-2) que

contrariamente ao método de gestão por excelência, que não é com frequência mais que um discurso, o modelo de gestão participativo parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder toda a autonomia necessária para a realização da tarefa para, na verdade, integrá-la na gestão mais global da empresa .

O modelo de gestão participativo, segundo Leite (2000b, p. XXIII), caracteriza-se como um

conjunto de conhecimentos científicos, sistematizados e específicos, com técnicas e métodos próprios, que estuda a aglutinação de pessoas em organizações ou empresas, unidades de produção de bens e serviços, - para alcançar sua missão e seus objetivos, com a participação direta e ativa dos recursos humanos: de direção (staff), intermediário e operativo, sobretudo nas decisões ...

Na gestão participativa há a necessidade da participação efetiva de todos os integrantes da instituição, desde o estabelecimento da missão e organização estrutural, na coleta de informações, discussão e debate e principalmente na tomada de decisão, visando o atendimento da missão e objetivos da instituição. Neste sentido, afirma Leite (2000b, p. 37) que a gestão participativa *não deve ser só teórica, mas vivenciada e aplicada como teoria, transformando-se em “práxis”, em aplicabilidade.*

- Este parece ser, portanto, um modo de gestão que permite uma práxis reflexiva e criativa, possibilitando ao trabalhador exercer sua capacidade plena. Porém, Gandin (1994) ressalta alguns efeitos “adversos” quando a participação não é realmente efetiva, encarada como uma práxis, quais sejam, a manipulação das pessoas pelas autoridades/gerência superior, por meio da simulação da participação; a utilização de metodologias inadequadas, levando a um desgaste de idéias e a falta de compreensão do que seja a abordagem participativa. Destaca ainda três níveis em que a participação pode ser exercida: nível de colaboração: em que a “autoridade” convida pessoas para darem sua contribuição. Neste nível a participação é secundária, por meio de algo consentido, mas não conquistado;
- nível de decisão: em que a “autoridade” decide que todos participarão na tomada de decisão de determinado aspecto, o qual geralmente tem menor significado, sendo desconectado de uma proposta mais ampla, sendo que a decisão ocorre por meio da escolha de alternativas já traçadas, dando certa aparência de democracia;

- nível de participação: a construção é coletiva e acontece quando o poder está com as pessoas, independente do grau hierárquico, sendo que se estabelece uma relação de igualdade real entre as pessoas. Neste nível, todos crescem juntos, a tomada de decisão, o planejamento realmente é participativo e estabelece-se a possibilidade de transformação da realidade.

Avaliando, portanto, os diferentes níveis de participação, é possível identificar, numa instituição, quando esta efetivamente implantou um modelo de gestão participativo, visando o crescimento de todos, o compartilhar da tomada de decisão.

Vale, no entanto, destacar que estas abordagens da administração (relações humanas, estruturalista, sistêmica, comportamental, contingencial, de excelência, holográfica e participativa), mesmo com um discurso de valorização do ser humano, nem sempre permitem visualizar a integralidade deste, pois esta valorização na maioria das vezes é um meio de manter a produtividade, e não um fim em si mesmo, ou seja, a preocupação não é com o trabalhador enquanto sujeito, mas deste enquanto objeto do processo produtivo.

A partir deste referencial, é possível observar que as formas atuais de organização mantêm como finalidade o favorecimento ao aumento da produtividade, colocando em segundo plano o trabalhador, mesmo que, muitas vezes, de forma subliminar. A forma de gestão que alia produtividade e integralidade do trabalhador parece ser o modo de gestão participativo, desde que realmente vise a participação efetiva do trabalhador, e não sirva apenas de discurso, no sentido de estimular o trabalhador a vestir a camisa da instituição, mas que seja um processo de construção coletivo, em que se possibilite a afirmação da sua cidadania.

No entanto, mesmo que haja alguma participação do trabalhador, lembra Freitas (2000), as organizações, na sociedade atual, imprimem um controle sobre a identidade do trabalhador, sendo que o trabalho tende a se tornar a principal referência dos indivíduos. Diz esta autora, que as organizações modernas *assumem voluntariamente o papel de fornecedores de identidades tanto social quanto individual, contaminando o espaço do privado e buscando estabelecer com o indivíduo uma relação de referência total* (FREITAS, 2000, p. 9).

Desta forma, a organização vai “engolindo” o trabalhador, descaracterizando-o com o “vestir a camisa” da instituição, com a busca da excelência, perdendo este a sua individualidade. Neste sentido, o trabalhador perde os limites entre quem é ele, enquanto sujeito, e quem é ele, enquanto trabalhador, sendo este, em meu entender, o primeiro passo

para o processo de desgaste do trabalhador. Marshall (1997, p. 196) aponta que as diversas descobertas na área do conhecimento, como a física quântica, a biologia evolutiva, a neurociência, entre outras, permitem *reconceituar a linguagem e o discurso profissional sobre o aprendizado organizacional e a liderança, deixando de lado os modelos mentais de causa e efeito utilizados até então*. De acordo com este autor, há necessidade de se mudar o paradigma mecanicista para uma visão sistêmica, adaptável e complexa.

A organização do trabalho, no setor de serviços, sofreu forte influência da escola científica ou clássica e do modelo burocrático, repercutindo, conseqüentemente, nos serviços de saúde. De acordo com Pires (1998, p. 76-77), o setor de serviços cresceu significativamente neste século, e *foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gerência taylorista-fordista, e, também, está sendo influenciado pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva*.

A enfermagem, como integrante do setor saúde, adota estes mesmos princípios de organização, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho nas diversas categorias que compõem a equipe de enfermagem, além da divisão entre quem administra e concebe, e quem “executa”.

A forma como o sistema de saúde foi organizado no Brasil corrobora para que a enfermagem, e, em especial, os enfermeiros assumam uma verticalização nos processos decisórios. Esta verticalização é referendada também pela Lei do Exercício Profissional nº 7498, de 25 de junho de 1986 e pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, os quais definem as atribuições dos componentes da equipe de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela supervisão do trabalho dos demais componentes da equipe.

Atualmente, na enfermagem, as abordagens administrativas se mesclam, mantendo, porém, na sua estrutura formal, os pressupostos da escola clássica, científica e burocrática. Normas, rotinas, padrões fazem parte do cotidiano de trabalho, com vistas à qualidade da assistência prestada, sem considerar o quanto esta forma de organização rotiniza e robotiza o trabalho da enfermagem, além de permitir selecionar e treinar o trabalhador conforme padrões definidos, facilitando o controle do seu trabalho. Assim, destaco, das diferentes abordagens, os componentes que foram incorporados à organização do trabalho da enfermagem:

a) **da administração científica de Taylor:** divisão entre quem concebe e quem executa, presentes na enfermagem desde a época de Florence, além de aspectos como substituição do critério individual e improvisação pelo emprego de métodos baseados nos

princípios científicos; seleção científica do trabalhador e treinamento do mesmo, que, posteriormente, foi enfatizada na teoria das relações humanas; controle do trabalhador, por meio do papel do supervisor (enfermeiros chefes de unidade ou mesmo enfermeiros de cabeceira, responsáveis pelo trabalho da equipe em determinado turno de trabalho); e a distribuição de atribuições e tarefas, disciplinando ao extremo o trabalhador.

b) **da teoria clássica da administração, de Fayol:** a estrutura organizacional da enfermagem, com ênfase na hierarquia, sob o ângulo vertical, e a departamentalização, sob o ângulo horizontal (ou seja, unidades específicas, para cuidados específicos, clínica médica, cirúrgica, pediátrica, masculina, feminina, e assim por diante); divisão do trabalho pautada na especialização; ênfase mais uma vez na autoridade do gerente (acentuando, na enfermagem a autoridade do gerente ou diretor de enfermagem, dificultando um trabalho mais compartilhado na tomada de decisão junto às diferentes chefias de enfermagem); disciplina rígida (imposta por normas e rotinas); ordem, em que pessoas e materiais devem estar no lugar certo e no tempo certo; espírito de equipe, visando harmonia e unidade na organização (o que é tão propalado na enfermagem, impedindo a manifestação dos conflitos); o modelo de administração, tendo como funções prever, organizar, comandar, coordenar e controlar.

c) **da teoria burocrática de Weber:** esta forma desdobrou-se, posteriormente, na teoria estruturalista, mantendo a divisão do trabalho e hierarquia de autoridade, com cargos organizados de forma piramidal ou escalar (organogramas que definem o controle de um nível hierárquico sob outro); regulamentação por meio de normas, procedimentos e rotinas rígidas, formais e escritas, assegurando uma uniformidade (impedindo a manifestação da subjetividade, levando à impessoalidade, principalmente nas relações); ênfase na competência profissional e técnica, com admissão por concursos e provas de seleção (ainda hoje utilizadas com frequência, muitas vezes provas apenas descritivas, sem entrevistas ou outra forma de seleção que permita a expressão do trabalhador).

d) **da escola das relações humanas:** sucedida posteriormente pela teoria comportamental, em que a enfermagem passa a repensar o indivíduo na organização, trazendo desta teoria aspectos relacionados à liderança, motivação, comunicação e dinâmica de grupos (utilizadas tanto junto à equipe, mas também com os usuários, em momentos relacionados à educação para a saúde), além de possibilitar uma participação maior dos trabalhadores nos processos decisórios (principalmente relacionados aos enfermeiros, ainda não se tem na

enfermagem uma participação mais efetiva dos trabalhadores de nível médio, de forma geral, nos processos decisórios);

e) **da teoria dos sistemas:** na década de 70 a teoria dos sistemas passa a ser difundida na área da saúde por Mário Chaves, que discute a rede de saúde como um sistema hierarquizado, constituído de vários sub-sistemas (centros de saúde, hospitais, e outros). A enfermagem incorpora parte desta concepção, principalmente no que se refere à função do enfermeiro que atua na área de saúde pública, que busca articulação com os demais serviços da rede. Também, desta teoria, incorpora, de certa forma, a preocupação com o estabelecimento de metas, objetivos e finalidades, buscando adequar-se ao estabelecido pela instituição.

f) **da teoria contingencial:** esta teoria é *eminentemente eclética e integrativa, já que tende a assimilar os conceitos das diversas teorias da administração* (CHIAVENATO, 1999, p. 837), dosando as cinco variáveis básicas da teoria administrativa, ou seja, tarefas, pessoas, tecnologia, ambiente e estrutura. A enfermagem pouco tem assimilado desta concepção teórica, já que a teoria relativiza as questões, considerando o ambiente e sua relação com as demais estruturas sociais e econômicas, o que, na enfermagem, ainda não conseguimos fazer. Para a enfermagem, a instituição é que se sobressai, não a interface da instituição com os usuários, mesmo que consideremos a profissão como inserida num contexto histórico e social. Acredito que há na enfermagem uma preocupação, mesmo que, de forma ainda muito insipiente, de inter-relação entre os sistemas social (formado pelos indivíduos, relações interpessoais e grupais, relações sociais no trabalho, cultura) e o técnico (tecnologia, novas máquinas e equipamentos, procedimentos e tarefas), mas esta preocupação não está fundamentada nos pressupostos teóricos da abordagem contingencial. Há, nos últimos anos, um avanço tecnológico importante no setor saúde, tendo a enfermagem que aliar aspectos técnicos e sociais, já que é uma profissão que lida com seres humanos, em constante relação. Apesar deste modelo enfatizar o trabalho grupal, ainda não foi incorporado, pois se trata de grupos semi-autônomos de produção, as ilhas de produção, que controlam suas próprias atividades, mantendo um certo grau de autonomia. Poderíamos pensar nas diferentes unidades que compõem a instituição hospitalar como se fossem os grupos semi-autônomos, porém, sabemos que não seguem a lógica deste modelo administrativo. Desta forma, a enfermagem, praticamente, não incorporou nenhum dos princípios da teoria contingencial. Também, em relação à tecnologia, há uma apreensão técnica, no sentido de assistir ao usuário, porém não

há um imperativo tecnológico sobre a estrutura organizacional, como proposto pela teoria contingencial.

g) **do modelo japonês – toyotista, de qualidade total:** incorporado em muitas instituições de saúde, o modelo prevê a qualidade do produto, no caso da saúde, o atendimento de qualidade. Têm por base a avaliação do consumidor e os círculos de controle de qualidade (CCQs), visando o controle do processo de trabalho, sem considerar o sujeito-trabalhador dentro do processo. A enfermagem tem, neste modelo, um referencial para “exigir” qualidade de assistência, adotando, em muitas instituições, opiniões do usuário, que servem de parâmetro para avaliar o seu trabalho. Não há, contudo, uma maior autonomia e flexibilidade no processo de trabalho da enfermagem, tampouco a rotatividade entre os diferentes locais de produção (quando realizada, esta busca atender uma exigência institucional – rodam todos, sem critérios, ou por uma vontade pessoal; há troca de setores, quando existem “vagas” disponíveis nestes), aspectos preconizados por este modelo, e as recompensas geralmente são irrisórias. Há, sim, a adoção de uma forte responsabilização do trabalhador, que deve “vestir a camisa” da instituição, comprometendo-se integralmente com esta.

h) **da gestão holográfica:** na enfermagem não se encontram relatos acerca da implantação deste modelo de gestão. Considerando que a organização holográfica caracteriza-se pela descentralização e flexibilidade, em que as unidades são autônomas e refletem o todo organizacional, poderia se pensar que as unidades de internação, em uma instituição, mesmo tendo especificidades, refletem o todo organizacional, mas muito mais pelas normas e rotinas instituídas do que pelo conhecimento do todo por parte dos trabalhadores. Há, na enfermagem o desenvolvimento do trabalho em equipe, tal como preconiza este modelo de gestão, porém não há menos hierarquia, a responsabilidade não tem sido compartilhada, tampouco o poder, o qual não tem sido construído no próprio processo de decisão. Desta forma, acredito que ainda não possamos falar que na enfermagem há uma aproximação com tal modelo de organização.

i) **da gestão participativa:** algumas instituições têm buscado flexibilizar as relações de trabalho, permitindo uma participação maior dos trabalhadores, quer por meio de representações em comissões, em planejamentos ou mesmo em consultas para tomadas de decisões, como é o caso de um hospital universitário da região sul do Brasil, no qual se implantou um modelo de gestão mais participativo (MATOS, 2002). Mas este é um exemplo apenas, não é algo que tem refletido a enfermagem de uma forma mais abrangente. Enquanto

profissão, a enfermagem ainda “engatinha” nesta direção, no sentido de valorização efetiva do trabalhador, como preconizado em abordagens participativas.

A partir desta breve síntese, o que se percebe na enfermagem, nas diferentes instituições, são aspectos mesclados das diferentes abordagens administrativas, principalmente dos modelos clássicos, escola das relações humanas, teoria dos sistemas, além da incorporação de alguns princípios da qualidade total, que enfatizam, sobremaneira, a qualidade da assistência ao usuário. Vale destacar que é importante, sim, satisfazer o usuário, prestar uma assistência de qualidade, porém muitas instituições, ao adotarem os princípios da qualidade total, esquecem daquele que presta a assistência, ou seja, o que conta é apenas satisfazer o sujeito do cuidado, em detrimento mesmo da autonomia e satisfação do trabalhador.

Bellato e Carvalho (1998, p. 13) salientam que o hospital,

enquanto local onde se trabalha com o limite humano, representado pela dor e sofrimento, vida e morte, a formação profissional da enfermeira, bem como dos demais membros da equipe de saúde, reforça o sistema de trabalho ‘linha de montagem’, como se o produto final do trabalho aí desenvolvido fosse sempre uma bem acabada peça da engrenagem maior que é a sociedade.

A forma como o trabalho da enfermagem está organizado dificulta a manifestação da dimensão humana e da subjetividade. As normas, regras e rotinas determinam o que fazer, como fazer e inclusive o que sentir.

Destacam, ainda, Bellato e Carvalho (1998, p.13) que

o grupo de enfermagem é quem mais agudamente sofre esse processo de massificação, pois tem todos os seus fazeres rigorosamente escrutinados em passos minuciosos, com horários rígidos, impostos sob a benemérita face do ‘tudo fazer pelo bem do doente’[...] Tudo minuciosamente esperado e controlado para que não haja emperramentos na máquina, da qual fazem parte pacientes e profissionais da saúde.

Porém, sujeitos do cuidado e trabalhadores não são engrenagens de uma máquina. São seres humanos, com histórias de vida, com sentimentos, emoções, desejos.

O trabalhador, sujeito deste estudo, antes de ser trabalhador é um ser humano. E vale ressaltar o que diz Leopardi (1994b, p.1) acerca desta questão. Para esta autora o ser humano

não é um trabalhador, antes de ser homem. O indivíduo perde sua completude e sua identidade, pela sua auto-denominação como trabalhador. Sendo momentaneamente trabalhador, por prazer ou por necessidade, sua identidade fica

imersa na roupagem de trabalhador. Sendo momentaneamente trabalhador, aparece exclusivamente trabalhador.

Portanto, pensar no trabalhador somente como uma máquina, é esquecer, acima de tudo, o seu lado subjetivo e sua multidimensionalidade. Para Dejours, Dessors e Desriaux (1993, p.103), o organismo do trabalhador *não é um motor banal submetido a um só tipo de excitação*, tampouco o

trabalhador não chega ao seu trabalho como uma máquina nova. Ele tem uma história pessoal, que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações e de suas necessidades psicológicas. Isto confere a cada indivíduo, características únicas e pessoais, que combatem o mito do 'trabalhador médio', tão ao gosto do taylorismo.

É necessário, então, buscar superar as dicotomias entre as dimensões pessoais, profissionais e institucionais, assumindo a complementaridade destas, visando o crescimento e satisfação individual, bem como a otimização do trabalho institucional. Isto não significa negar os conflitos entre instituição e indivíduo trabalhador, os quais, muitas vezes, têm sido escamoteados pelas teorias administrativas.

Nos lembra Leite (2000a, p.103) que *o atrito entre indivíduo e organização é inevitável*, sendo estes pólos de tensão permanentes e, por isto, movem e impulsionam tanto organizações quanto indivíduos. Nesta busca pela superação dos conflitos, é necessário *negociar, debater, discutir e criticar, sempre no critério da verdade de nossas vontades e necessidades* (LEITE, 2000a, p.116).

Para tanto, um dos caminhos é apontado por Leite e Ferreira (1998 a, p. 11), ou seja, *ao integrar as dimensões subjetivas dos trabalhadores, a busca de otimização da qualidade de serviços pode deixar de ser apenas mais um instrumento de dominação para aumento da produtividade, para transformar-se num movimento de crescimento pessoal e profissional.*

2.3 O desgaste do trabalhador no processo de trabalho: determinação da organização do trabalho neste processo

É entendendo o ser humano como um ser único, histórico e social, e também como um trabalhador, tendo no trabalho uma forma de objetivação, sem ter de perder a sua identidade e subjetividade, que busco, com este estudo, compreender como a organização do trabalho tem interferido na saúde do trabalhador de Enfermagem.

Dejours, citado por Mendes (1997, p. 58), afirma que a organização do trabalho influencia negativamente o funcionamento psíquico dos trabalhadores, quando gera conflitos decorrentes do confronto entre as necessidades do corpo-mente e da proibição da satisfação dos mesmos no espaço de trabalho.

Vários estudos sobre sofrimento e prazer no trabalho apontam a organização do trabalho como determinante do sofrimento psíquico (DEJOURS; DESSORS; DESRIEX, 1993; DEJOURS, 1988, 1994; DWYER, 1994; SILVA, 1996; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; LUNARDI F^O, 1997; MENDES, 1997; BECK, 2001; GONZALES, 2000).

Mas seriam só o sofrimento e o prazer que podem estar relacionados à organização do trabalho? Este estudo vislumbrou outros componentes no processo de desgaste do trabalhador de enfermagem decorrentes da organização do trabalho.

A partir deste entendimento, penso ser necessário buscar novas formas de organização que permitam a flexibilidade no trabalho e que venham a se contrapor aos modelos clássicos que, no dizer de Mendes (1997, p. 59), *cultuam a rigidez e o controle, processos extremamente nocivos à saúde do trabalhador, por restringirem o espaço para negociação e expressão da sua subjetividade*. Propõe esta autora algumas condições decorrentes da flexibilidade da organização do trabalho, que podem interferir positivamente na saúde do trabalhador, como:

- a integração e globalização dos processos, métodos e instrumentos de trabalho;
- o conteúdo significativo das tarefas, a autonomia, o uso das competências técnicas e da criatividade;
- as relações hierárquicas baseadas na confiança, cooperação, participação e definição de regras pelo coletivo de trabalhadores (MENDES, 1997, p. 59).

Esta nova forma de organização deve “aproximar” processos de trabalho até então dicotomizados, como o “cuidar” e o “gerenciar”, buscando a interseção destes, no sentido de diminuir o impacto da divisão social do trabalho, aspecto da organização do trabalho que interfere no desgaste físico e psíquico do trabalhador.

Pensar em uma nova forma de organização da enfermagem é pensar na possibilidade de transformação da realidade hoje colocada. Enquanto indivíduos, profissionais e cidadãos, devemos avaliar a contribuição e o poder que temos no processo de construção e transformação da sociedade.

Concordo com Rigotto (1993, p. 29), quando afirma que

somos profissionais de saúde, como também trabalhadores e temos um papel a cumprir nesse processo. Como enfermeiro, médico, psicólogo (entre outros), nosso trabalho consiste em contribuir para a elevação dos níveis de saúde dos homens. Mas a saúde está profundamente imbricada com a forma pela qual nos relacionamos com a natureza e organizamos a vida social.

Entendo que o processo de organização da enfermagem vem sofrendo alterações ao longo dos tempos, com a introdução de novas formas de ver o trabalhador na instituição, bem como estudos têm sido realizados identificando as doenças que acometem os trabalhadores de enfermagem e a relação destas com o processo de trabalho (STEAGALL-GOMES, 1986; MANTOVANI, 1987; MARZIALE, 1987; MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987; SILVA, 1988, 1996; GELBCKE, 1991; entre outros). No entanto, há uma lacuna que se refere à análise da relação entre a organização do trabalho e o processo de desgaste do trabalhador, consolidadas na proposição de alternativas que visem diminuir este desgaste.

Laurell e Noriega (1989, p. 100) destacam a importância de se estudar o processo saúde-doença, a partir de sua relação com o trabalho. Para estes autores, o processo saúde-doença é entendido enquanto processo social, sendo o nexo biopsíquico a *expressão concreta da corporeidade humana do processo histórico num momento determinado*. E o processo de desgaste deve ser analisado a partir da categoria “processo de trabalho”, pois é também no trabalho que o homem se desgasta.

Para se estabelecer a relação processo de trabalho-nexo biopsíquico, segundo estes autores, deve-se ter em mente dois conceitos: carga de trabalho e desgaste.

São consideradas cargas de trabalho os elementos encontrados no processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como *perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica* (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110). As cargas de trabalho, de acordo com Fachini (1993), são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico.

Estas cargas podem ser agrupadas em diferentes tipos: físicas, químicas, biológicas e mecânicas, que possuem uma materialidade externa ao corpo, e as fisiológicas e psíquicas, que somente adquirem materialidade no corpo humano.

O processo de desgaste, enquanto perda da capacidade psicobiológica do ser humano trabalhador, e relacionado às cargas de trabalho, deve ser entendido não como um processo particular isolado, mas como um conjunto dos processos biopsíquicos. Desta forma, o desgaste permite estabelecer as *transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das cargas, nos processos biopsíquicos humanos* (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.115).

É importante lembrar que, em cada ramo produtivo ou processo de trabalho, existem cargas específicas, as quais podem ser identificadas, segundo sua natureza ou característica básica, tal como apontado acima.

As cargas específicas do trabalho da enfermagem foram identificadas na pesquisa por mim empreendida em um hospital-escola, destacando-se como cargas físicas: irradiações (RX, cintilografia); cargas biológicas: material biológico e o trabalho com pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas; cargas químicas: medicamentos (quimioterápicos e antibióticos); cargas mecânicas: instrumentos de corte; cargas fisiológicas: esforço físico pesado, posições incômodas e forçadas; e cargas psicológicas: estresse, sobrecarga de trabalho e responsabilidade (GELBCKE, 1991).

A análise do processo de desgaste, de acordo com esta classificação, permitiu a determinação do perfil de morbidade dos trabalhadores de Enfermagem dessa instituição, destacando-se: estresse e fadiga (50,98%), problemas de coluna (48,38%), enxaqueca e cefaléia (45,75%), infecção das vias aéreas superiores (45, 10%), varizes (28,10%) e problemas ortopédicos (20,26%) (GELBCKE, 1991).

Silva (1996), em estudo realizado também em um hospital-escola, identificou cargas semelhantes nas diferentes unidades que compõem a instituição. As cargas biológicas apontadas em seu estudo foram: contato com pacientes portadores de doenças infecciosas e infecto-contagiosas e com suas secreções, manipulação de materiais contaminados, presença de pequenos animais como baratas, formigas e pernilongos. Destacou como cargas físicas: condições ambientais de iluminação, umidade, temperatura, ventilação, ruído, incêndio, eletricidade e radiação ionizante; e como cargas químicas: exposição às substâncias químicas como medicamentos, antissépticos, desinfetantes, esterilizantes e desencrostantes, além de outras substâncias como sabões, álcool, detergentes, iodo, hipoclorito de sódio, bem como gases anestésicos, antibióticos, quimioterápicos, entre outros. As cargas mecânicas levantadas foram manipulação de materiais cortantes e pontiagudos, como instrumental cirúrgico, por

exemplo, bem como risco de quedas, de agressões por parte dos pacientes ou visitantes, e as cargas fisiológicas foram manipulação excessiva de pesos, trabalho em pé ou em posições inadequadas e incômodas, trabalho em turnos e rodízio de turnos. Identificou como cargas psíquicas, atenção constante, supervisão estrita e pressão da chefia e de outros profissionais, ritmo acelerado de trabalho, estados de tensão, fadiga, estresse e insatisfação, predominância do trabalho feminino, trabalho monótono, repetitivo e parcelado, horas extras e dobras de plantão, falta de comunicação, de criatividade e autonomia, bem como o incipiente exercício da defesa coletiva e agressão psíquica, sendo que a maioria destas cargas relaciona-se com a organização do trabalho.

Silva (1996, p.177) refere que as cargas de trabalho identificadas geram um processo de desgaste que, na enfermagem, *não é facilmente evidenciado, dada a complexidade desse processo e a conseqüente dificuldade em captar suas manifestações*, sendo o desgaste manifestado por patologias específicas, mas também por sinais e sintomas inespecíficos. Esta autora encontrou, em seu estudo, como manifestações de desgaste, prioritariamente, ferimentos perfuro-cortantes, doenças infecciosas, infecto contagiosas e parasitárias, e doenças do aparelho ósteo-musculo-articular, seguidas pelos problemas respiratórios, desequilíbrio mental e desgaste emocional, ansiedade, medo, insegurança, tensão, insatisfação e depressão, enxaqueca e cefaléia, problemas de pele, problemas oculares, problemas auditivos, intoxicação por substâncias químicas, estresse, cansaço e estafa, entre outros.

Com base nos estudos acima referidos, nesta proposta de trabalho, procurarei me deter nas cargas de trabalho originadas pela organização do trabalho e suas possíveis repercussões no trabalhador, buscando detectar, ainda, quais aspectos estruturais e relacionais podem ser considerados na determinação do desgaste biopsíquico do trabalhador.

Vários aspectos da organização do trabalho têm inicialmente relação com as cargas psíquicas que, como apontado anteriormente, não têm materialidade externa ao corpo do trabalhador. Laurell e Noriega (1989) agrupam as cargas psíquicas, inicialmente em dois grupos: - aquelas que provocam sobrecarga psíquica, provocadas por tensões prolongadas como atenção permanente, supervisão sob pressão, altos ritmos de trabalho; - aquelas que provocam subcarga psíquica, originadas pela impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica, como perda do controle sobre o trabalho, separação entre execução e concepção.

Porém, estariam apenas as cargas psíquicas relacionadas à organização do trabalho? E o processo de desgaste estaria somente relacionado ao sofrimento psíquico, tal como apontam estudos de Dejours (1988), Lunardi F^o (1997) e Mendes (1997), entre outros?

Chanlat (2000) afirma ser necessário sair de uma perspectiva geralmente limitada e tecnicista, para apreender a totalidade que envolve saúde e segurança no trabalho, em toda a sua complexidade e, desta forma, reajustá-la à própria dinâmica organizacional, ou seja, avaliando como os modos de gestão têm repercutido no processo saúde-doença dos trabalhadores⁴.

Acredito que este estudo possa contribuir significativamente na discussão acerca da relação saúde - trabalho da enfermagem, principalmente no que se relaciona à organização do trabalho e à possibilidade de se pensar um “novo” modo de organização na enfermagem, pois, como salienta Dejours (1986, p.10), é necessário buscar-se formas flexíveis de trabalho, permitindo ao trabalhador *adaptá-lo a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu estado de espírito*, tornando, assim, o trabalho mais favorável à sua saúde física e mental.

Pensar em uma “nova” forma de organização do trabalho é pensar nas dimensões fundamentais do existir saudável e é novamente Dejours (1986, p.11) quem aponta tal relação, pois entende este autor que *a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social*, sendo estes meios relacionados à liberdade na forma de relacionar-se com seu corpo (bem-estar físico), liberdade para organização de sua vida (bem-estar psíquico) e a *liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantém entre si* (bem-estar social).

Novas formas de organizar o trabalho, aparecem com várias denominações: qualidade total, reengenharia, administração por processos, gestão participativa, administração humanista, nos quais há uma valorização do ser humano nas instituições, os quais não mais são vistos apenas como “recursos humanos”, mas sim como pessoas, e nelas buscam integrar as instâncias individuais e coletivas, pessoais e profissionais.

⁴ Em Chanlat, Jean-François. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In DAVEL, Eduardo e VASCONCELOS, João (orgs.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis:Vozes, 2000, encontra-se descrição do processo de desgaste decorrente dos diferentes modos de gestão.

Portanto, pode-se pensar em, quem sabe, introduzir na enfermagem um modo de gestão participativo, como descrito anteriormente, já que entre os diversos modos de gestão, de acordo com Chanlat (2000, p. 125), parece ser este o mais salutar, tanto pela possibilidade de reorganizar o trabalho, quanto pela democratização da instituição, do *reconhecimento real do saber e da experiência adquirida, da criação de espaço, de responsabilização*, sendo que as experiências já implantadas convergem para uma melhora do clima de trabalho, bem como da saúde e segurança no trabalho. Esta nova forma de organizar o trabalho permite ainda integrar as várias dimensões do trabalhador, ou seja, entendendo este como um ser único, histórico, social e multidimensional.

METODOLOGIA

A questão da saúde do trabalhador é complexa e multifacetária, o que dificulta a apreensão de sua totalidade.

Para uma aproximação a esta totalidade, busquei, na pesquisa qualitativa, o caminho para me aproximar do objeto de estudo “a saúde do trabalhador e sua relação com o trabalho”. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo *et al.* (1998, p. 21-2), preocupa-se *com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.* Embora seja necessário relativizar esta afirmação, para se ter em conta que ela só faz sentido em relação ao modelo positivista, no caso desta pesquisa, optei por assumir esta premissa.

Adotei o materialismo histórico e dialético como referencial teórico-metodológico, pois, de acordo com Minayo (1998, p.65), o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real. Este referencial possibilitou a apreensão da realidade, já que a categoria básica de análise da sociedade, no materialismo, é o modo de produção, o qual é historicamente determinado e, sendo a categoria trabalho mediadora das relações sociais, meu objeto de estudo foi centrado na saúde do trabalhador e sua relação com a organização do trabalho, o que envolve diretamente as relações sociais e o modo de produção.

Vale ressaltar o que Marx salienta em relação ao método de investigação, ou seja, que o

método é a explicitação do desdobramento do objeto em dois níveis: em primeiro lugar, no que diz respeito às suas articulações interiores e próprias; em segundo, a partir da forma segundo a qual o pensamento capta e desenvolve esse mesmo movimento no âmbito interno das determinações do objeto, até traduzi-las em conceitos no interior de um discurso metódico (MARX, citado por RANIERI, 1998, p. 154).

A partir deste pensamento, são necessárias várias aproximações ao objeto de estudo, no sentido de compreendê-lo e apreendê-lo em suas determinações, o que foi realizado por meio de técnicas de apreensão dos dados, como observação direta e entrevistas, conforme descritas posteriormente.

Como forma de aproximação e interpretação de meu objeto de estudo, utilizei categorias do materialismo histórico e dialético, as quais permearam o referencial adotado tanto na perspectiva analítica das categorias, quanto na condução metodológica interpretativa. Entre as categorias do materialismo histórico, destaco as que deram, inicialmente, sustentação à análise deste estudo, quais sejam: consciência e alienação, essência e aparência, conteúdo e forma.

Acerca das categorias consciência e alienação, já as descrevi sucintamente ao abordar o problema. Traço, então, algumas considerações sobre as demais categorias, para um entendimento sobre o modo como foram utilizadas.

Todo fenômeno apresenta características que não podem ser analisadas isoladamente, já que os fenômenos determinam uma estrutura de comportamento, que varia em função dos elementos que os compõem e como estes se comportam. A esta estrutura, que determina o fenômeno, denominamos forma, e a maneira como interagem os diferentes elementos que a determinam, chamamos de conteúdo. *A forma é, portanto, a organização ou estrutura que torna possível a existência do conteúdo* (CAMACHO, 1983, p. 26). Forma e conteúdo não podem ser analisados isoladamente, pois constituem uma unidade, estando intimamente ligados.

Ao analisar a organização do trabalho, foi necessário compreender quais as características que estavam interligadas, implicando forma e conteúdo ao fenômeno, já que um dado conteúdo não existe sem uma forma e vice-versa, variando de acordo com certas condições históricas definidas e concretas, existentes no tempo e espaço. Aspectos macro-estruturais, tais como o modo de produção capitalista, estão relacionados ao modo de gestão vigente, os quais foram considerados.

Tanto a ciência positiva quanto a prática humana têm admitido como verdade que os objetos, fenômenos e processos possuem dois aspectos: um interior, oculto, e um exterior, o qual não podemos apreender com nossa percepção imediata.

Contudo, esta acepção agnóstica não pode ser compartilhada pelo materialismo histórico e dialético, que tem como fundamento epistemológico a possibilidade de se conhecer este núcleo essencial dos fatos ou fenômenos. Assim, tanto a ciência quanto a prática não podem limitar-se à percepção e descrição dos fenômenos, fatos e acontecimentos singulares, mas necessitam descobrir as leis essenciais, estáveis, dos fenômenos, instituindo sua dependência causal e sua concatenação interna (SPIRKIN; YÁJOT, 1985), para assim ir à sua essência.

Podemos definir essência como a *expressão da concatenação interna do mundo objetivo, e a base da diversidade dos fenômenos* (SPIRKIN; YÁJOT, 1985, p. 136).

Para apreender a essência, devemos apreender seus aspectos externos, ou seja, a aparência, já que a diversidade de aparências esconde uma essência, uma conexão interna de diferentes características que envolvem referido fenômeno. *A essência e a aparência refletem aspectos diferentes de uma única realidade. A essência reflete seus aspectos interiores fundamentais, enquanto a aparência reflete os aspectos exteriores* (CAMACHO, 1983, p. 28).

A essência revela o conteúdo do fenômeno e está ligada a este indissoluvelmente. Ao analisar forma e conteúdo de um fenômeno, necessariamente precisamos avaliar sua essência, ou seja, pensar na implicação mútua entre forma e conteúdo, nesta pesquisa, aqueles que envolvem a organização do trabalho, na busca por revelar a sua essência.

O materialismo histórico e dialético, a partir da década de 70, tem sido utilizado para explicar o fenômeno saúde - doença. Segundo Minayo (1998, p. 78),

os estudos sob o enfoque do materialismo histórico abrangem as questões de saúde e sociedade, políticas públicas, planejamento e administração, concepções de saúde/doença, análises institucionais, saúde e processo de trabalho e questões metodológicas,

sendo este referencial adotado por vários autores que estudam a área de saúde do trabalhador, exatamente pela possibilidade de estabelecer relações entre o processo de trabalho, que é historicamente determinado e o desgaste do trabalhador neste processo.

Destaca-se, ainda, que o campo de investigação “saúde do trabalhador” exige aproximações sucessivas a um problema ou conjunto de problemas, tendo como referência central o processo de trabalho. De acordo com Minayo-Gomez e Costa (1997, p. 16),

a apropriação do conceito 'processo de trabalho' como instrumento de análise possibilita reformular as concepções ainda hegemônicas que, ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença. Tais concepções, mesmo quando incluem variáveis sócio-econômicas, na tentativa de aprimorar a compreensão das razões do adoecimento, revestem-se de um caráter reducionista, na medida em que o social é um elemento a mais entre os fatores de risco.

Por ser uma área extremamente abrangente, a investigação da relação saúde e trabalho exige a utilização de vários instrumentos que possibilitam ampliar o horizonte do investigador, *estimulando-o a adotar a postura de quem escuta, perscruta, sente, questiona-se, estuda e busca a construção de um saber, juntamente com os trabalhadores* (RIGOTTO, 1993, p. 159).

Assim, na caminhada para a apreensão desta totalidade, muitas dificuldades podem ser encontradas, as quais não devem imobilizar o pesquisador, mas sim estimulá-lo, o que notei durante o desenvolvimento da pesquisa. Na trajetória desta investigação, foram idas e vindas, buscando a melhor forma de apreensão da realidade, desde a entrada no campo de pesquisa, a aproximação aos sujeitos de pesquisa, buscando descobrir o caminho mais acertado, pelo menos do meu ponto de vista.

Para esta caminhada, determinei como ponto central de análise, como colocado anteriormente, o estudo da relação dos aspectos da organização do trabalho, que têm sido determinantes no desgaste dos trabalhadores de enfermagem.

Para apreender a forma, segundo a qual o pensamento capta e desenvolve um movimento no âmbito interno das determinações do objeto, outro aspecto salientado por Marx em relação ao método de investigação, várias etapas metodológicas de apreensão dos dados foram implementadas.

Gonçalves (1994, p. 128) afirma que *há duas formas, não mutuamente exclusivas, de proceder o reconhecimento de um processo de trabalho em sua operação, com vistas ao esclarecimento de sua lógica interna*. Estas formas são: a observação direta, em que se pretende a captação integral e dinâmica dos trabalhadores com o seu processo de trabalho, e a utilização de técnicas, como instrumentos para a coleta de dados (exemplo: entrevistas estruturadas, semi-estruturadas ou abertas), com as quais se retratam aspectos do processo de investigação, relevantes ao estudo.

No presente estudo, utilizei estas duas formas de investigação, iniciando pela entrevista com os diretores – gerentes de enfermagem, levantando também os documentos que permitiram uma primeira aproximação à realidade estudada. Após, realizei observação direta do processo de trabalho, com o levantamento de aspectos referentes à sua organização, para, com base nestes procedimentos anteriores, coletar os dados junto aos trabalhadores de enfermagem, também por meio de entrevistas.

A observação do processo de trabalho permitiu apreender a aparência, ou seja, a forma do objeto de estudo, sendo que, com base nas entrevistas, principalmente com os trabalhadores de enfermagem, pude ter uma maior aproximação com a essência do mesmo, objetivamente analisando o conteúdo que dava sentido a estas formas no cotidiano do trabalho. Estes passos estarão descritos detalhadamente, ao longo deste capítulo.

3.1 Aproximação com a realidade de estudo

A coleta dos dados ocorreu em duas instituições hospitalares da região sul do país, sendo uma destas instituições de caráter público e a outra de caráter privado. As instituições foram consultadas, no sentido de se obter autorização para coleta dos dados, por meio de ofício (apêndice A) e encaminhamento do projeto às respectivas gerentes de enfermagem. A escolha destas instituições esteve relacionada ao caráter de financiamento das mesmas, o que, em princípio, poderia determinar formas diferenciadas de estruturação do trabalho.

Quando da apresentação do projeto às gerentes, já obtive, por parte destas, o aval para a realização da coleta de dados. No entanto, o projeto foi encaminhado às instâncias superiores (Direção Geral), para avaliação.

Já, neste primeiro contato, solicitei documentos que permitissem uma primeira aproximação à realidade, sendo que as duas instituições me repassaram os seus manuais gerais de orientação à equipe de enfermagem, nos quais estavam descritos como o trabalho se organizava, principalmente o que se referia à divisão do trabalho, considerando as atribuições da equipe de enfermagem. Os manuais também traziam aspectos referentes a instrumentos de avaliação da equipe e normas gerais.

Após a obtenção da autorização formal, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, da qual o Programa de Pós-Graduação cursado faz parte, sendo também aprovado nesta instância.

Tendo sido aprovado o projeto nas instâncias preliminares, iniciei a parte de coleta de dados, com a realização de entrevista semi-estruturada (apêndice B), aplicada às gerentes de enfermagem, visando obter dados acerca da forma como o trabalho estava organizado, e sobre a existência de instrumentos de avaliação do perfil de desgaste dos trabalhadores, dados de absenteísmo, acidentes de trabalho, doenças profissionais, existência de serviços de saúde ao trabalhador, entre outros.

Enquanto aguardava a autorização formal das instituições, fiz uma leitura atenta dos manuais que me foram entregues. Desta forma, durante as entrevistas com as gerentes, pude também esclarecer dúvidas referentes aos documentos analisados.

Haguet (1987) define entrevista como um processo de interação social entre duas pessoas, no qual a relação estabelecida inclui uma atmosfera de influência recíproca, porém com objetivos diferenciados, entre quem entrevista e quem é entrevistado. Estabelece-se, desta forma, um caráter assimétrico nesta relação, em que uma das partes tem como finalidade a coleta dos dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Estas entrevistas foram gravadas, mediante consentimento livre e informado do entrevistado (apêndice C), no qual se garantiu o sigilo das informações e o anonimato. Estas entrevistas foram transcritas, e, sempre que necessário, voltou-se ao entrevistado para validação dos dados.

No sentido de resgatar o proposto por Marx, ou seja, apreender as articulações internas ou próprias do objeto, a segunda etapa de coleta de dados compreendeu a observação direta da realidade.

Neste caminhar, a etapa metodológica implementada visou apreender a forma como o trabalho interferia na saúde dos trabalhadores de enfermagem. Para tanto, fez-se necessário o reconhecimento do processo de trabalho nas instituições pesquisadas, suas similaridades e diferenças. Nestas instituições, uma unidade clínico-cirúrgica (na instituição privada) e uma unidade clínica (na instituição pública) foram escolhidas como espaço para captar o processo de trabalho, levando-se em conta que, nestes locais, há a interseção de inúmeros atores heterogêneos – enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, além dos próprios sujeitos do cuidado. Ao se analisar o processo de trabalho em enfermagem, há que se ter em mente que este trabalho insere-se num contexto mais amplo das profissões da saúde, e que há uma dinâmica das

relações, determinada, de modo geral, pela hegemonia médica, no que se refere ao setor saúde, e pela hegemonia do enfermeiro, no que se refere à equipe de enfermagem.

Estes grupos profissionais têm diferentes interesses, no âmbito das relações terapêuticas específicas, mas têm interesses semelhantes no que diz respeito à finalidade do trabalho na saúde, e estes dois aspectos influenciarão na forma como se organiza o trabalho da enfermagem e na forma como os trabalhadores o apreendem.

A observação direta centrou-se no fazer dos trabalhadores de enfermagem e na forma como organizam seu trabalho, tendo como elementos de aproximação as categorias do materialismo histórico-dialético já apontadas. A observação direta, segundo Lüdke e André (1986, p.26), permite que *o observador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos, um importante alvo nas abordagens qualitativas*, sendo que esta observação do cotidiano da enfermagem foi registrada minuciosamente, no sentido de apreender o processo de trabalho executado pelo conjunto dos trabalhadores de enfermagem. Utilizei diário de campo para o registro das observações.

A observação do processo de trabalho, e principalmente a forma como está organizado, foi o eixo condutor do percurso investigativo no interior das unidades estudadas. A partir desta observação, pude organizar as informações, delineando um perfil minucioso dos trabalhadores de enfermagem, no que concerne ao seu modo de agir e sua visão do mundo do trabalho no qual estão inseridos.

Durante as observações nas unidades de internação clínico-cirúrgicas, optei por entrar lentamente no campo, estabelecendo inicialmente uma relação de aproximação, fazendo-me conhecida e, principalmente, a todo o momento, deixando claro o meu objetivo em coletar os dados. Iniciei pela instituição privada, Hospital no qual realizei observações gerais de como se organizam os trabalhadores, acompanhando os diferentes turnos de trabalho como um todo (manhã, tarde e noite) e, posteriormente, acompanhando a jornada de trabalho de cada um dos membros da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem), deixando claro que o objetivo era analisar a organização do trabalho e sua interferência no processo de desgaste do trabalhador, sem a intenção de realizar uma avaliação técnica dos procedimentos executados pelos mesmos.

Esta instituição tem um caráter privado, porém também atende usuários segurados pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, pagos pelo setor público. Há, no entanto, na instituição, setores diferenciados destinados a estas duas clientela (particulares e públicos). Desta forma,

optei em centrar minhas observações numa unidade que atende especificamente usuários de convênios privados, garantindo, portanto, uma aproximação com esta realidade. Porém, ampliei a observação também para uma unidade que atende usuários de convênios públicos (SUS e UNIMED/IPESC), para avaliar as semelhanças e diferenças.

As observações, inicialmente, foram feitas durante uma a duas horas, até completar-se um turno de trabalho. Iniciei a observação do turno matutino, depois do vespertino, encerrando pelo período noturno, sendo que neste, não completei o turno todo, centrando minha observação no período em que havia maior concentração de atividades (das 19:00 às 24:00 hs).

Após ter uma idéia geral de como o trabalho se organizava nos turnos, parti para a observação do trabalho dos profissionais de enfermagem. Centrei minha observação principalmente ao turno matutino, tendo em vista que neste há um fluxo maior de atividades, fato apontado, inclusive, pelos trabalhadores de enfermagem. Neste Hospital, observei um turno de trabalho do enfermeiro e de um técnico de enfermagem, pois técnicos e auxiliares de enfermagem desempenham as mesmas funções. Nas unidades de internação, não há auxiliares de serviços diversos (AOSD), os quais estão lotados apenas no Centro de Material. Quanto ao trabalho específico do escriturário, fiz o acompanhamento mais geral, durante as observações dos turnos.

Na instituição pública, também iniciei o processo de observação de forma lenta, fazendo-me conhecer pelos trabalhadores, expondo o objetivo de meu estudo. Nesta instituição, como os trabalhadores têm uma jornada de trabalho diferenciada, sendo que muitos fazem 30 horas de trabalho por 60 horas semanais de descanso, tive que expor o trabalho para as diferentes equipes. Fiz minhas observações também em turnos diferenciados, iniciando pelo turno matutino, vespertino e noturno. Além das observações gerais, acompanhei mais detalhadamente o trabalho do enfermeiro no turno matutino e no vespertino, já que há uma diferenciação das atividades nestes turnos (o enfermeiro que atua pela manhã está mais voltado para a parte assistencial e o do período vespertino é responsável pelas atividades administrativas do setor – enfermeiro supervisor). Como não há diferenciação nas atividades de técnicos e auxiliares de enfermagem, acompanhei os profissionais de nível médio de forma indiferenciada, ou seja, não me detive na categoria profissional, mas nas atividades que realizavam. Também acompanhei o trabalho desenvolvido pelo auxiliar

operacional de serviços diversos (AOSD), que atua também como maqueiro. Tal como na instituição privada, a função do escrivão foi acompanhada nas observações gerais.

Durante as observações, fiz registros no diário de campo, bem como mantive o gravador ligado, o que foi de extrema valia no processo de relato das observações, tendo em vista a dificuldade de se registrar tudo o que ocorre durante a unidade de tempo em que se realiza a observação. Desta forma, lancei mão destas duas técnicas: diário de campo e gravação, o que permitiu uma maior fidedignidade do registro do que foi observado. O relato foi realizado, sempre que possível, logo após a observação, pois, de acordo com Trentini e Paim (1999, p. 92), o registro das observações deverá, *de preferência, ser feita no mesmo dia, para que não se apaguem da memória humana informações importantes.*

A última etapa de coleta de dados foi realizada junto aos trabalhadores de enfermagem, no sentido de apreender a percepção destes sobre a relação entre organização do trabalho e o desgaste decorrente desta, com entrevistas.

A partir das entrevistas com dirigentes–gerentes de enfermagem, da análise documental e da observação direta, pude aprimorar o instrumento preliminar de coleta de dados (entrevista semi-estruturada – apêndice D). Este instrumento foi testado em instituição que não compõe a amostra para a coleta de dados. Vale ressaltar que, a partir de sugestões da banca de qualificação e das etapas anteriores, fiz algumas alterações no roteiro para entrevista com os trabalhadores de enfermagem.

Tendo em mãos os dois instrumentos (apêndice D e apêndice E), fiz a validação dos mesmos, observando que o instrumento modificado apresentava maior clareza. No instrumento modificado, também havia inserido uma questão que permitia aos trabalhadores manifestarem sua subjetividade e utilizarem de seu poder de criatividade, expressando modificações na forma de organizar o trabalho, a partir do lúdico, pois a questão era a seguinte: “se você fosse chefe da sua unidade (ou gerente de enfermagem, ao aplicar-se aos enfermeiros), que modificações você proporia para o trabalho da enfermagem?”

Tendo em vista que, nas primeiras entrevistas, observei o quanto os trabalhadores tinham dificuldade “em sonhar”, em pensar além, passei a dar-lhes um “poder” maior, perguntando sempre se fossem gerentes de enfermagem, pois me pareceu que assim poderiam suplantar as dificuldades do seu cotidiano.

Com esta questão, permitiu-se que os trabalhadores, após refletirem sobre os aspectos da instituição que geravam desgaste, pudessem vislumbrar saídas, ou seja, aproximar as esferas do real e do ideal, visando, desta forma, algum impulso motivador de transformações da realidade concreta. Acreditando, também, que o momento de coleta de dados é um momento de intervenção na realidade institucional, esta questão possibilitou aos trabalhadores a identificação dos problemas e a busca de soluções, valorizando, desta forma, de acordo com Leite e Ferreira (2001), o desenvolvimento da reflexividade do sujeito-trabalhador.

As entrevistas com os trabalhadores de enfermagem, inicialmente, foram planejadas para serem realizadas com dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de serviços diversos e dois escriturários das unidades clínico-cirúrgicas das instituições pesquisadas. No entanto, senti necessidade de realizá-la com os profissionais que atuavam na unidade, não me detendo ao número por categoria profissional, até porque nas instituições pesquisadas, por exemplo, não há auxiliares de serviços diversos. Houve, por parte da equipe, um envolvimento com a pesquisa, parecendo que todos queriam participar de alguma forma. Assim, extrapolei o número por categoria, no sentido de contemplar a equipe.

Na instituição privada, foram entrevistados 14 trabalhadores, sendo três enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, dois escriturários. Na instituição pública, foram entrevistados, também, 14 trabalhadores, dos quais, quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, dois escriturários e um auxiliar de serviços diversos.

No Hospital privado, como realizei observação em duas unidades, as entrevistas foram realizadas com profissionais dos dois setores, para que minha apreensão da realidade pudesse ser ampliada.

Destaca-se que a entrevista com os trabalhadores é uma ‘premissa metodológica’ no campo de investigação em saúde do trabalhador, permitindo, desta forma, aliar o saber teórico, gerado nos diversos espaços por técnicos e investigadores que refletem sobre o mundo do trabalho, ao conhecimento tecido no cotidiano dos trabalhadores. Este é um dos aspectos ressaltados por Minayo-Gomez e Costa (1997, p. 21), ao afirmarem que é uma premissa metodológica *a interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa a uma ação transformadora.*

A necessidade de escolher um princípio, um fio condutor para a coleta de dados se reflete igualmente no esforço para contornar a condição, que Teixeira (1997) denomina de estrangeiro, experimentada pelo pesquisador diante do universo da pesquisa. Afirmo esta autora que *a eleição de um princípio organizador se justifica, portanto, na necessidade dupla de engendrar um artifício para aproximar-se do outro, e concomitantemente orientar a coleta e sistematização de informações* (TEIXEIRA, 1997, p. 717).

Vale ressaltar, ainda, que apesar da receptividade que tive nas instituições estudadas, muitas vezes me senti na condição de estrangeiro, principalmente durante as observações. Estava sempre me questionando até que ponto deveria interferir no processo, se me engajava na situação social, ou até que ponto deveria observar passivamente. Optei por participar mais ativamente, pois entendo, tal como Leite e Ferreira (2001, p. 4), que o momento da coleta de dados é um momento também de intervenção, o qual deve ser *potencialmente educativa, integrativa e promotora de mudanças psicossociais*, permitindo, desta forma, a superação da dicotomia sujeito/objeto de investigação. Talvez por este fato, os trabalhadores das instituições estudadas tenham facilitado o processo de coleta de dados, participando ativamente deste, reconhecendo-se como sujeitos do processo.

Com a sistematização das informações obtidas nas observações e entrevistas, pude identificar e analisar a forma como o trabalho da enfermagem está organizado, e como esta organização interfere no processo de desgaste dos trabalhadores, além de avaliar como o trabalhador associa esta realidade particular às questões estruturais da formação social.

Alguns aspectos foram avaliados quanto à organização do trabalho, os quais foram obtidos, inicialmente, por meio da observação e das entrevistas, bem como da análise documental, entre os quais destaco:

- como o trabalho está organizado;
- como o trabalho é dividido entre execução e concepção;
- quais os mecanismos de controle do trabalho;
- como ocorrem as relações de trabalho: orientação de chefes, gerentes, trabalhadores em geral;
- como se relacionam os trabalhadores, identificando os pontos positivos e os problemas no relacionamento dos trabalhadores;

- qual a jornada de trabalho, rodízios, existência de dupla ou tripla jornada, etc;
- como os trabalhadores percebem seu trabalho e quais os seus sentimentos em relação a ele, que importância dão a seu trabalho e se percebem a influência do trabalho em suas relações familiares;
- quais os instrumentos de que dispõem para realizar o trabalho e se estes estão acessíveis, bem como se facilitam ou dificultam o trabalho. Se são positivos ou negativos em relação à saúde;
- como o trabalhador percebe a organização e diversos aspectos do trabalho e a interferência destes no seu processo de desgaste ; e, por fim,
- se existem outras formas possíveis de organizar o trabalho, na visão dos trabalhadores e gerentes.

A análise das questões foi ancorada nas categorias empíricas definidas no presente trabalho, ou seja, a percepção do trabalhador sobre o desgaste que sofre no processo de trabalho, decorrente da organização do trabalho e se têm consciência deste processo, as suas características aparentes e sua essência, forma e conteúdo do fenômeno e como as identificam os trabalhadores de enfermagem.

No trabalho de campo, houve uma triangulação dos dados, com a aplicação dos instrumentos básicos para a coleta dos dados, ou seja, a entrevista, a observação e a análise documental. Vale ressaltar, tal como apontado por Valencia (2000, p. 14), *que los métodos no son la verdad, constituyen solamente herramientas, procedimientos, instrumentos y modos de armar la teoría para investigar un problema y que al usar-los facilitan su entendimiento.*

Desta forma, a triangulação dos dados permitiu-me a apreensão da realidade por diferentes ângulos, e, de seu cruzamento, foi possível decifrar aspectos que a aparência não revelava. Por outro lado, o entendimento dos trabalhadores de enfermagem sobre o objeto de estudo facilitou a discussão acerca de aspectos sobre os quais têm consciência no processo de trabalho e também descortinar aqueles que ficam encobertos no cotidiano.

Além disto, por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, assumo o proposto por Minayo (1998, p. 101), quando diz que

a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser

facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação.

Para a aproximação e interpretação da realidade, alguns passos foram definidos, tais como:

- coleta dos dados, com a descrição das atividades que compõem o processo de trabalho, mais especificamente, o modo como este se encontra organizado, por meio da observação;
- compreensão e análise do entendimento de dirigentes e trabalhadores de enfermagem, acerca da organização do trabalho e o processo de desgaste dos trabalhadores, por meio dos dados coletados nas entrevistas;
- compreensão e análise dos documentos existentes, para identificar como o trabalho da enfermagem está organizado;
- ordenação dos dados, englobando os coletados com entrevistas, observação e análise de documentos;
- classificação dos dados, a partir de leituras exaustivas dos mesmos, configurando a categorização secundária dos dados, tendo como base as categorias prévias relacionadas com os objetivos e tese da investigação;
- análise final, a partir das etapas anteriores e tendo por base o referencial teórico, pela interpretação dos dados, com a definição das categorias finais, interpretação das relações entre os dados e a base teórica, buscando, desta forma, uma possível explicação para os achados.

O resultado de todas as etapas da pesquisa deu origem ao produto final e provisório, que, no dizer de Marx, citado por Minayo (1998, p. 237) *é o concreto pensado*. Esta etapa inclui

o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador. A interpretação, além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento de práxis do pesquisador,

neste caso, resultando em contribuições significativas para a teoria do processo de trabalho na enfermagem.

Para Lüdke e André (1986, p. 49), *a categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado.*

Para a análise dos dados, utilizei as premissas da análise de conteúdo de Bardin, sendo que as categorias empíricas centrais foram definidas a priori, estando relacionadas à tese e aos objetivos, quais sejam: aspectos estruturais, aspectos organizacionais, aspectos relacionais e alternativas. A partir destas categorias centrais, e tendo por base os dados (entrevistas, observação e análise documental), defini as sub-categorias relacionadas a cada categoria central. Em algumas sub-categorias foram definidos conteúdos descritores, ou seja, desdobramentos da sub-categoria, possibilitando maior visibilidade e compreensão à própria sub-categoria. Ressalto que as categorias, sub-categorias e conteúdos descritores estiveram sempre ancorados no referencial teórico-metodológico que embasa este estudo.

Os dados das entrevistas serviram como matriz para a definição das sub-categorias, ou seja, a partir do discurso realizei o desmembramento do texto em unidades, inicialmente destacando os aspectos relacionados à estrutura, organização e relações, e, posteriormente, definindo as sub-categorias, segundo reagrupamento analógico, constituindo o que Bardin define como análise temática ou categorial. A partir das observações, pude descrever a realidade e contrapor o discurso com a prática. A análise documental serviu como ponto de partida para compreensão da realidade, bem como para identificar o trabalho prescrito e o trabalho real.

A categoria em que apresento os aspectos **estruturais** está relacionada à macro-realidade, à sociedade, à economia, à superestrutura, que influenciam na forma como o trabalho está organizado, estabelecendo, muitas vezes, também o modo como ocorrem as relações.

A organização interna do trabalho da enfermagem é apresentada na categoria em que trago os aspectos **organizacionais**, os quais também estabelecem relações com as questões estruturais e relacionais.

É na categoria em que apresento os aspectos **relacionais** que se pode verificar as relações interpessoais na equipe de enfermagem e com outros profissionais, a relação com a própria instituição e com o poder, em que aparecem os conflitos, bem como aspectos que trazem alegria e prazer, a partir das relações estabelecidas, quer com os sujeitos dos cuidados,

com familiares, com os profissionais. Também, nesta categoria, pode-se perceber o entrelaçamento com a estrutura e a organização.

Com a categoria *alternativas*, apresento as possibilidades de mudanças que foram apontadas pelos trabalhadores de enfermagem, sujeitos desta pesquisa, as que aparecem na literatura, em experiências já realizadas, bem como as que foram por mim visualizadas.

Acredito que, nas três grandes categorias – estruturais, organizacionais e relacionais, a enfermagem tem um pequeno poder de interferência, no que se refere aos aspectos estruturais, porém, é nas categorias relacionadas à organização e às relações que a enfermagem possui poder decisório, podendo alterá-las. E é nesta direção que são apontadas muitas das alternativas propostas para uma nova forma de organizar o trabalho, proporcionando um trabalho mais inteiro, prazeroso, que permita ao trabalhador expressar a sua multidimensionalidade, diminuindo, com isto, o impacto do trabalho sobre seu processo de desgaste.

Assim, pretendi, com esta proposta, descrever como o trabalho de enfermagem vem sendo organizado, analisar a relação do perfil de desgaste dos trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho e, então, refletir sobre possíveis estratégias para implementar uma “nova” forma de organização do trabalho de enfermagem que considere o trabalhador e busque minimizar o desgaste laboral, pois como dizem Lüdke e André (1986, p. 49), *é preciso dar um ‘salto’ ... acrescentar algo ao já conhecido*.

Esta reflexão foi realizada a partir dos achados do estudo, dos modelos teóricos que estão sendo propostos e divulgados na literatura, bem como do apontado por dirigentes e trabalhadores, considerando as manifestações acerca de como pensam que o trabalho poderia ser reorganizado. Desta forma, um novo olhar e um novo fazer sobre a organização do trabalho da enfermagem se fazem presentes, com vistas a minimizar o processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem, o que relatamos a seguir.

4 UMA APROXIMAÇÃO AO CENÁRIO – AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A reforma em processo no setor saúde, principalmente a partir da década de 80, tem gerado mudanças significativas nas formas de financiamento e organização dos serviços. Há uma forte descentralização dos serviços de saúde, com atendimento segundo distintos níveis de complexidade, de acordo com o projeto político denominado municipalização. Este projeto prevê o deslocamento de recursos financeiros das esferas federal e estadual para os municípios, os quais devem implementar a proposta de reorganização da atenção primária, secundária e terciária em saúde, focalizando grupos de risco biológico e social.

A partir da década de 80, consolida-se o novo modelo de atenção à saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a vigorar a partir de 1988, tendo como princípios básicos a universalização da cobertura, equidade do acesso, integralização das ações, regionalização da assistência, com fortalecimento do papel do município, participação popular, por meio do controle social, e hierarquização das ações em função da complexidade tecnológica.

Paralelamente à implementação do SUS, desenvolve-se o projeto conservador de saúde, com a participação efetiva de grupos de tendência privatista. Desta forma, as políticas de saúde, apesar de apresentarem uma mudança significativa, conferida pelo direito universal de atendimento, vivem num clima de tensão entre o poder público e o privado e a dimensão da intervenção do Estado. Corrêa *et al.* (2000, p. 203) afirmam que

paralelamente às conquistas legais na Constituição Federal e à implantação do SUS, gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que, reciclando o modelo médico-

assistencial privatista, ressegmentou clientela e cristalizou as desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

Neste contexto, são os hospitais públicos e filantrópicos, com base em convênios com o SUS, que se responsabilizam por atender a clientela, em nível secundário e terciário. Neste reordenamento do setor saúde, o SUS estabelece convênios, preferencialmente, com as instituições filantrópicas, por terem caráter privado, mas “sem fins lucrativos”. Vale destacar, no entanto, que, atualmente, muitos destes hospitais filantrópicos não têm conseguido manter-se financeiramente, voltando-se para a captação de clientela privada, por meio de convênios ou pagamentos diretos.

As instituições que serviram de contexto para este estudo enquadram-se nesta lógica do SUS, sendo, como colocamos na metodologia, uma de caráter público, a qual tinha vínculo federal e foi estadualizada, com a nova reforma do setor saúde, e outra filantrópica, mas que se tem estruturado muito mais como uma instituição privada, pois atende preferencialmente tal clientela, incorporando, desta forma, a lógica de mercado.

4.1 A instituição privada

4.1.1 Contextualização geral:

A instituição privada, na qual coletei os dados, é considerada também filantrópica, fundada no final do século XVIII, sendo uma das primeiras Casas de Misericórdia surgidas no Brasil.

Por ser uma entidade religiosa e filantrópica, de acordo com documentos da instituição, tem destaque o culto à irmandade religiosa à qual está ligada, promovendo, direta ou indiretamente, o exercício da solidariedade humana, por meio da assistência médico-cirúrgica, hospitalar e ambulatorial. Sua finalidade é preventiva, curativa, educativa e de pesquisa.

É mantida e administrada por um “conselho pleno”, escolhido por votação dos componentes da Irmandade dentre os que têm direito a voto. O conselho pleno é constituído por Mesa Administrativa, Conselho Consultivo e Conselho Fiscal. Neste contexto, a enfermagem faz parte da administração geral do Hospital, por meio da Gerência de Enfermagem.

Na área da saúde, a forma de organização do trabalho, como já apontado anteriormente, tem se pautado na Teoria Científica da Administração, seguindo os preceitos de Taylor e Fayol, bem como na Teoria sobre Burocracia, de Weber. Desta maneira, há uma hierarquia rígida, com a verticalização dos processos decisórios, parcialização do trabalho e divisão entre quem pensa e quem executa, sendo esta forma de organização do trabalho caracterizada por muitos estudiosos (GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; CECÍLIO, 1997 a, 1997 b, 1997 c, 1999; PIRES, 1998).

A instituição estudada também apresenta tais características, ocorrendo uma verticalização dos processos, por meio de um organograma que estabelece linhas de comando rígidas, além do papel significativo destinado às chefias, tanto no que se refere à instituição de uma forma geral, como na própria enfermagem.

O serviço de enfermagem, de acordo com documentos da instituição, deve ser coordenado por um enfermeiro, com autonomia técnico-científica e administração própria, o qual está subordinado diretamente ao Diretor Técnico, sendo todo o serviço das unidades chefiado por um profissional habilitado (enfermeiro), que se reporta diretamente ao gerente de enfermagem.

A estrutura hospitalar compreende unidades de internação clínico-cirúrgicas adulto, unidade de terapia intensiva (UTI), unidade coronariana (UNICOR), bloco cirúrgico, central de preparo e esterilização de materiais, pronto socorro, unidade psiquiátrica, radiologia, radioterapia e radiomoldagem, além de clínicas especializadas, que mantêm funcionamento independente do Hospital, estando apenas situadas nesta instituição. No total, conta atualmente com 209 leitos ativados.

Atende usuários oriundos de vários convênios de saúde, incluindo convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Das 11 unidades clínico-cirúrgicas, sete delas atendem especificamente convênios privados e quatro atendem clientela conveniada com o SUS, sendo muitos dos usuários provenientes do interior do Estado, destacando-se, entre estes, aqueles com problemas oncológicos. Há, na instituição, inclusive, uma ala destinada a atender estes usuários oncológicos, os quais, muitas vezes, ficam na instituição por longo período para tratamento.

A equipe de enfermagem ligada à Gerência de Enfermagem atua em 11 unidades clínico-cirúrgicas, bem como no Centro de Material e Esterilização (CME), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade Coronariana, bloco cirúrgico e pronto socorro, sendo que as

demais unidades contam com pessoal específico, não subordinados à Instituição. O Hospital conta em seu quadro funcional com 565 funcionários, dos quais 256 pertencem à enfermagem. A equipe de enfermagem, em sua distribuição por categoria funcional, conta com 30 enfermeiros, 137 técnicos de enfermagem, 78 auxiliares de enfermagem e 11 atendentes, distribuídos conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, por unidades, na instituição hospitalar privada, 2002.

Ala*	Número de funcionários	Número de leitos/sala
A ¹	15	15
B ¹	10	05
C ¹	10	10
D ¹	11	10
E ¹	11	12
F ¹	11	12
G ¹	12	13
H ²	15	21
I ²	16	25
J ³	18	28
K ³	11	44
Unidade Coronariana	18	07
UTI	29	07
Centro Cirúrgico	28	08*
Central de Esterilização	11	
Pronto Socorro	12	

*uma sala está desativada

Para avaliação dos serviços, o Hospital implantou o Programa de Qualidade Total, com o objetivo de melhorar o atendimento aos seus usuários, que são convidados, quando da sua alta hospitalar, a preencher um questionário, indicando o grau de satisfação com os serviços e atendimento oferecidos. Os usuários avaliam a instituição nos seguintes aspectos: cordialidade e rapidez, qualidade geral, recepção e internação, alimentação, serviço de enfermagem, instalações (higiene e limpeza), assistência médica e instalações (conforto e aparência).

* As alas serão designadas por letras, para manter o anonimato da instituição;

¹ Unidade que recebe pacientes com convênios privados e particulares

² Unidade que recebe pacientes conveniados SUS e UNIMED/IPESC.

³ Unidade que recebe apenas pacientes com convênio SUS.

De acordo com documentação existente na instituição, os resultados do Programa de Qualidade Total podem não ser imediatos, mas em médio prazo eles aparecerão, e quando isto acontecer, as pessoas se sentirão gratificadas, porque foram elas que fizeram as mudanças. A partir disto, entendem que basta que a corrente do Programa 5 S's seja formada e que todos procurem praticá-la e envolver aqueles que ainda não a praticam.

Os profissionais de enfermagem, passam, portanto, por mais uma avaliação, além da avaliação trimestral, que é realizada pelas chefes de enfermagem.

4.1.2 Aspectos estruturais

a) Externos à instituição:

A instituição tem seu regime de trabalho definido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), à qual segue inteiramente, inclusive no cumprimento da carga horária semanal, que é de 44 horas. Esta carga horária é comunicada ao Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde, estando, portanto, “amparada” legalmente pela CLT e pelo Sindicato. Vale destacar que a classe trabalhadora, de uma maneira geral, tem lutado pela redução da carga de trabalho para 40 horas semanais, mas até o momento, o Estado não tem cedido, pois isto implicaria “romper” com o empresariado, numa análise não considerada do ponto de vista do trabalhador.

Por outro lado, os trabalhadores da instituição não têm um plano de carreira, com uma política salarial definida, sendo os aumentos definidos conforme a política econômica geral (aumento do salário mínimo, por exemplo), bem como de acordo com o Sindicato dos Trabalhadores de Estabelecimentos de Saúde.

Desta forma, sofrem a precarização das condições de trabalho, impostas pelo modelo neoliberal, hoje vigente no país, que achata os salários, assim como desregulamenta e diminui muitas das conquistas da classe trabalhadora. As mudanças previstas na nova CLT vêm acentuar a redução dos direitos dos trabalhadores, pela proposição de flexibilização das relações de trabalho, “jogando” para os sindicatos o poder de negociação, pondo, desta forma, em risco várias conquistas, como o 13º salário, que foi homologado em 1960, e que seria parcelado, bem como o parcelamento de férias, entre outros.

Estas mudanças são entendidas pelos sindicatos como negativas, não pelo parcelamento propriamente dito, mas pelo significado que têm, ou seja, pondo em risco conquistas que os trabalhadores lutaram para conseguir. A justificativa da flexibilização é a redução do custo do trabalho, o que poderia diminuir o desemprego, no entanto, será isto possível, sem que haja uma retomada do crescimento econômico? Destaca-se, ainda, a necessidade de haver modificações na CLT, no sentido de criar um espaço maior de negociação, bem como a garantia de direitos mínimos, porém sem uma imposição e, sim, com uma discussão ampla com a classe trabalhadora.

Atualmente, há um processo de pauperização, inclusive dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, como resultado da precariedade dos vínculos laborais, instabilidade e insegurança. Minayo Gomes e Costa (1999, p. 412) afirmam que essa *degradação das condições materiais de vida, das formas de reprodução, agravada pela ausência de mecanismos de proteção social e associada à desestruturação/reconstrução de identidades geradas em torno do trabalho, configura, em sua complexidade, a nova questão social*.

b) Internos à instituição:

Os trabalhadores da instituição, como apontamos anteriormente, são regidos pela CLT, submetidos a uma elevada carga de trabalho – 44 horas de trabalho, o que implica, sobremaneira, no desgaste dos mesmos, em especial os de enfermagem, objeto deste estudo, os quais cumprem esta carga horária.

Os trabalhadores da enfermagem têm buscado, há muitos anos, conquistar uma legislação que determine uma diminuição da jornada de trabalho para 30 horas semanais, tendo em vista o desgaste que sofrem no processo produtivo. No entanto, enquanto tal legislação não é aprovada, ainda são submetidos a longas jornadas de trabalho, e têm, nesta forma de contratação, exploração de seu trabalho, com extração de mais valia.

São poucos os benefícios concedidos pela instituição, destacando-se o vale-transporte, plano de saúde básico, auxílio a empréstimo financeiro junto à Caixa Econômica Federal, bem como bolsas de estudo junto a instituições que utilizam o Hospital como campo de estágio. Não recebem vale-alimentação, sendo que os trabalhadores que realizam seis horas diárias têm direito a um lanche (café e pão) e os que fazem oito horas podem almoçar no refeitório, desde que paguem pela refeição, que é descontada em folha.

Têm um plano de saúde básico, que não lhes cobre integralmente as despesas de saúde, diferenças que serão descontadas posteriormente do salário (consultas, internações, exames, etc.).

Tais benefícios, na verdade, são direitos pelos quais os trabalhadores têm lutado ao longo dos anos, visando melhores condições de trabalho, que lhes permita, inclusive, ter uma vida mais digna.

Além da CLT, são orientados pelo regimento interno do Hospital, que define deveres e direitos dos trabalhadores, bem como missão ou finalidade da instituição.

Quanto à enfermagem, também possui regras e normas próprias, pautadas no regimento interno, na qual definem as atribuições do pessoal de enfermagem, assim como deveres e direitos a que estão submetidos.

4.1.3 Aspectos organizacionais:

Tal como apontamos anteriormente, a enfermagem possui seu regimento interno, que determina as atribuições do pessoal de enfermagem, de acordo com a categoria profissional. Conta, também, com um “Manual de Gerenciamento do Serviço de Enfermagem”, o qual tem como objetivos: direcionar o serviço de enfermagem, em todas as unidades para a prestação de cuidados planejados, considerando as crenças e valores de cada usuário; prestar cuidados de enfermagem, por meio de uma metodologia específica, com a implementação de normas e rotinas; limitar as deficiências técnicas e de relacionamento interpessoal; estruturar o serviço de enfermagem, com base em dados científicos e na experiência profissional de cada integrante da equipe. Este manual foi elaborado pelo grupo de enfermeiros do Hospital.

Há, nos setores, um enfermeiro responsável, principalmente pela organização da assistência, supervisão e realização de atividades assistenciais mais complexas, sendo que o pessoal de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) atua na assistência propriamente dita.

Os enfermeiros também adotam uma metodologia da assistência, sendo, na Unidade de Terapia Intensiva e na Unidade Coronariana, para todos os usuários, pois há enfermeiro nas 24 horas. Já nas unidades de internação, o sistema de registro de assistência, como passo metodológico do trabalho, é realizado apenas para aqueles usuários “mais graves”, que inspiram maiores cuidados, de acordo com critérios estabelecidos pelos enfermeiros. Não há,

na instituição, padrões de assistência, nem tampouco está especificado com que tipo de sujeito do cuidado a sistematização da assistência deve ser implementada.

O método de assistência, portanto, tem duas direções diferenciadas, ou seja, uma constituída pela prescrição de enfermagem no prontuário, elaborada pelos enfermeiros e executada pelos profissionais de nível médio, e pela evolução diária dos sujeitos dos cuidados, para os quais se realiza esta prescrição. O outro encaminhamento metodológico está centrado na prescrição médica, sem registro do plano de cuidados ou avaliação.

A prescrição de enfermagem, quando é realizada, é padronizada, destacando os cuidados necessários para o usuário, de acordo com sua patologia e seu estado geral. Não se realiza histórico de enfermagem, e quando o usuário chega ao setor, o profissional de nível médio, que é responsável pelo leito em que este ficará internado, faz observações de chegada, em que registra os dados gerais, tais como sinais vitais, queixas, aspecto geral, limitações, entre outros.

Em relação à prescrição de enfermagem, vale destacar que esta não é considerada pelo setor de contas, tendo em vista que os convênios só pagam o que consta da prescrição médica. Desta forma, mesmo que o enfermeiro prescreva, por exemplo, um curativo, este cuidado, para ser “cobrado”, necessariamente precisa constar da prescrição médica. Desta forma, alguns enfermeiros vêm-se compelidos a solicitar, ou mesmo acrescentar à prescrição médica, tais cuidados, para que os mesmos possam ser executados, já que o material só é disponibilizado mediante prescrição médica. Há, porém, um acordo com o diretor técnico acerca de quais cuidados os enfermeiros podem acrescentar à prescrição médica.

Os profissionais de nível médio também fazem uma evolução diária, padronizada, a cada período, de todos os sujeitos sob seus cuidados, na qual consta assinatura e carimbo, inclusive com inscrição do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), sendo esta uma exigência do próprio conselho.

Esta situação permite identificar o trabalhador, dando a este um “maior grau de responsabilidade”. Desta forma, não é o enfermeiro que responde por acertos e erros, há uma participação, mesmo que de forma apenas legal, em relação às responsabilidades e decisões tomadas. Penso, e aqui é inferência mesmo, que nesta situação há uma necessidade muito maior de identificação do trabalhador que presta os cuidados, do que um compartilhar de responsabilidades, ou seja, a adoção não de uma postura democrática e participativa, mas de maior controle.

Quanto à relação numérica trabalhador-sujeito do cuidado, foi determinada uma média de seis a sete sujeitos por funcionário, alterando-se este número, nas diferentes unidades, de acordo com a sua especificidade. Os técnicos e auxiliares de enfermagem prestam assistência integral, fazendo um rodízio mensal nas atividades e usuários sob sua responsabilidade. Esta divisão não considera, no entanto, o grau de complexidade da clientela, não havendo uma redistribuição dos leitos, de acordo com o grau de cuidado prestado. Isto também gera uma sobrecarga àqueles que estão com sujeitos que inspiram maiores cuidados em função da gravidade do caso, demandando maior atenção.

Neste sentido, o “trabalho em equipe”, tão preconizado na enfermagem, é questionável. O que ocorre é um “auxílio” àquele que está sobrecarregado, que depende muito mais das relações de solidariedade entre a equipe, do que de uma postura mais crítica e de uma tomada de decisão, principalmente do enfermeiro, que não altera a distribuição definida a priori, mantendo, desta forma, uma condição de “submissão” à ordem estabelecida.

Os funcionários buscam trabalhar “em equipe”, principalmente na realização das atividades de higiene e conforto, no período matutino. Este trabalho “em equipe” ocorre, como apontado anteriormente, dependendo das relações interpessoais estabelecidas, ocorrendo mais em determinados turnos e unidades, do que em outros. Há, em relação à divisão do trabalho, uma sobrecarga para o turno matutino, em decorrência das atividades de higiene e conforto, que são realizadas, prioritariamente neste turno.

Além disto, esta relação numérica usuário-funcionário, em algumas unidades, em especial as que acompanhei, principalmente no turno matutino, mostra-se insuficiente para se prestar uma assistência adequada, que possibilite ao trabalhador de enfermagem uma maior interação com a clientela. Há uma sobrecarga de trabalho, em função do número de usuários por funcionário (seis na Ala E e sete na Ala H), o que pode ser verificado no quadro 1, que traz a distribuição de leitos e funcionários.

Há, nas unidades, um funcionário denominado “coringa”, que não fica com a responsabilidade direta em relação à assistência, mas, sim, auxilia os demais nos cuidados, principalmente de higiene e conforto, e também é responsável pelo encaminhamento dos usuários aos exames, ao solário, para buscar material, entre outras atividades. Este “coringa”, na ausência de um funcionário (férias, faltas, atestados médicos, etc), assume os sujeitos do cuidado designados a este, ficando a unidade sem a cobertura de atividades realizadas pelo “coringa”.

A passagem de plantão é realizada individualmente, no leito do usuário, principalmente nos turnos matutino e vespertino. No período noturno (noite para manhã), o plantão é repassado para a equipe como um todo, em função da presença do enfermeiro, que, neste momento, acompanha a passagem de plantão de todos os funcionários, tomando ciência do estado de todos os sujeitos do cuidado, e para não interferir no sono e repouso da clientela, tendo em vista que o horário da passagem de plantão é às 7:00 horas, quando muitos dos usuários ainda estão dormindo.

Os escriturários respondem pelas atividades administrativas do setor, quer relacionadas aos pedidos de material e medicamentos, quer em relação à organização dos prontuários. O serviço de farmácia é informatizado, e todas as prescrições médicas são digitadas pelo escriturário, para que a farmácia possa fornecer tanto as medicações como os materiais utilizados para a administração das mesmas.

Como foram informatizados a farmácia e o almoxarifado, não ficam disponíveis no setor materiais e medicamentos, sendo necessário que sejam digitados e providenciados, sempre que se faz necessário, quando há alguma intercorrência (por exemplo: dor, alteração de nível glicêmico, dispnéia, entre outras tantas intercorrências), ou para suprir demandas rotineiras.

Em relação à parada cardíaco-respiratória (PCR), foi instituída no Hospital uma equipe que atende às intercorrências dos setores, utilizando os carrinhos de emergência que existem em cada pavimento (um carrinho por andar). De acordo com a Gerente de Enfermagem, esta equipe foi constituída para facilitar o trabalho da equipe de enfermagem, tirando a responsabilidade da reanimação da equipe do setor, deixando-os livres para continuarem a prestar os cuidados aos demais sujeitos da unidade.

As medicações e materiais necessários para a ministração das mesmas são digitados e providenciados diariamente, sempre após a realização da visita médica, com o preenchimento da prescrição, bem como, diariamente, são feitas devoluções das medicações e materiais que não foram utilizados (por exemplo, quando se altera alguma medicação), evitando, desta forma, que o usuário pague por algo que não consumiu. A solicitação dos materiais necessários à unidade é digitada pelo escriturário, mediante listagem estabelecida pelo enfermeiro.

Com esta informatização, há um controle mais rígido do que é gasto com o sujeito do cuidado, evitando-se o desvio de material e medicamentos. Apesar das intercorrências que a

informatização gera, fazendo com que os funcionários se desloquem várias vezes até a farmácia, não há falta de materiais, sendo boa a qualidade dos mesmos, no que se refere a medicamentos e materiais de consumo

Os materiais de consumo mais gerais utilizado no setor, tais como gases, álcool, papel crepado para fazer pacotes, ataduras, algodão, detergente, entre outros, são solicitados diariamente, ou de duas a três vezes por semana, ao almoxarifado. O material como gases para os curativos, álcool e algodão para o preparo das medicações, é digitado posteriormente na conta do usuário.

Os funcionários do setor, principalmente o “coringa”, são responsáveis por preparar pacotes de gases, ataduras e chumaços, para serem encaminhados ao Centro de Material e Esterilização, onde são esterilizados. Durante a realização do trabalho de campo (observações e entrevistas), esta ainda era uma atribuição dos funcionários dos setores. No entanto, houve reorganização do Centro de Material e Esterilização, passando esta atribuição aos próprios funcionários daquele setor.

Quanto aos materiais permanentes, como leitos, cadeira de rodas, aspiradores de parede, escadinhas para leitos, entre outros, encontram-se em estado de conservação relativamente ruins, os leitos são antigos, não há cadeiras de rodas, ou mesmo poltronas em número suficiente, que possa atender às necessidades da clientela. Por exemplo, ao acompanhar uma enfermeira, que foi buscar um usuário na emergência, procedente de um exame radiológico realizado em uma clínica externa, observei a dificuldade que a mesma apresentava para conduzir o usuário na cadeira de rodas, tendo em vista as condições precárias em que se encontrava. Há, no entanto, um empenho da atual direção, no sentido de reposição do material permanente, especialmente cadeiras de rodas e poltronas.

Em relação às condições infra-estruturais, há que se salientar que as unidades variam, sendo que nas “particulares” há quartos e suítes, e nas que atendem os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), há enfermarias, com três a sete leitos, número este que varia nas diferentes alas. Destaca-se que, nestas unidades, os leitos das enfermarias são separados por divisórias e todos os quartos possuem banheiro, telefone e televisão .

Na Ala E⁵, a qual observei mais detalhadamente, existem oito quartos e quatro suítes, sendo que as suítes, além do quarto e banheiro, contam com uma sala de estar. Esta Ala tem

⁵ Denominação dada por mim, quando da elaboração do quadro contendo a relação funcionários/nº de leitos.

seus quartos distribuídos em dois corredores, que formam um “L”, e o posto de enfermagem situa-se na interseção do “L”. Conta, ainda, com uma rouparia, uma sala de utilidades, um expurgo e um banheiro para os funcionários, banheiro este que também serve de vestiário e sala de descanso, todos bem pequenos. Há uma copa, relativamente grande, que serve tanto à Ala, como à UTI e à Unidade Coronariana. Ao final da Ala, fica localizado um almoxarifado satélite, que serve ao Centro Cirúrgico.

O posto de enfermagem é bem grande, facilitando o trabalho da enfermagem, tendo dois balcões, nos quais ficam armazenados os materiais e medicamentos destinados aos sujeitos do cuidado. Há, no posto, uma geladeira para medicação e um filtro de água.

A parte administrativa da unidade fica localizada também no posto de enfermagem, e tem um espaço relativamente grande, no qual ficam os prontuários dos sujeitos do cuidado, material de expediente (folha de prescrição, alta, solicitação de exames, entre outros), bem como o computador. Vale destacar que, por meio dos softwares instalados, os funcionários acessam a farmácia, sabendo das medicações disponíveis, bem como digitam as medicações e materiais necessários, além do escriturário também digitar todos os gastos do usuário para o setor de contas médicas (tesouraria).

Não há possibilidade de acessarem outros programas no computador, e mesmo o acesso aos programas instalados é realizado mediante uso de senhas.

Além disto, as senhas permitem acesso somente a determinados programas do hospital, basicamente à farmácia, almoxarifado e contas médicas.

A divisão dos leitos, para a assistência prestada pelo pessoal de nível médio, é feita mensalmente, como já referimos anteriormente, ficando cada um dos funcionários responsáveis por seis leitos, distribuídos sequencialmente (por exemplo do 211 ao 216 e do 217 ao 222), sem considerarem a distribuição física dos mesmos (por exemplo, de acordo com cada lado do “L”). Em cada turno de trabalho, existem dois funcionários de seis horas, responsáveis pela assistência integral, que cumprem 12 horas nos finais de semana, e o “coringa”, que cumpre nove horas diárias, estando presente em parte do turno matutino e parte do vespertino (8:00 às 18:00 hs). Também no período noturno, ficam dois funcionários no setor, sendo que o “coringa”, geralmente, fica cobrindo férias, e está disponível para dois setores (exemplo: uma unidade e Emergência).

Com exceção do posto de enfermagem, que fica centralizado, as demais peças de apoio (expurgo, rouparia, sala de utilidades) ficam dispersas na unidade, o que implica em um ir e vir constante.

Nas unidades, de uma maneira geral, as peças de apoio são pequenas, muitas vezes improvisadas em espaços que não comportam tal função, como por exemplo, rouparias e expurgos, que, além de pequenos, não têm ventilação. Também não há local de descanso apropriado para os funcionários em todas as unidades, sendo esta uma queixa constante nas unidades observadas. Porém, há uma preocupação da direção do hospital com esta questão, sendo que, em várias unidades, já existem locais apropriados.

A carga horária dos escriturários está dividida da seguinte forma: nove horas, de segunda a quinta-feira, e oito horas, às sextas-feiras, cumprindo um plantão de seis horas em final de semana, conforme escala pré-determinada, elaborada pela gerência de enfermagem. Neste período, o escriturário fica responsável pela digitação da medicação dos diversos setores. Os enfermeiros cumprem oito horas diárias, com plantões de seis horas em finais de semana, nos quais completam 44 horas semanais, também conforme escala mensal de trabalho.

Tendo em vista a relação numérica trabalhador-usuário, pode-se imaginar o quanto o ritmo de trabalho é exaustivo, principalmente nas unidades particulares, em que, além do próprio usuário, os acompanhantes também exigem bastante do pessoal de enfermagem. No período matutino, como já apontamos, o ritmo de trabalho é mais intenso, em decorrência das atividades deste turno, pois além da higiene e conforto, que toma muito tempo do pessoal de enfermagem, também é neste turno que ocorre a maior parte das visitas médicas, o que implica, muitas vezes, no acompanhamento a este profissional, bem como na realização de procedimentos como curativos e outros.

Em vista da distribuição das atividades, percebe-se uma diferença na organização do trabalho nos diferentes turnos: pela manhã, as atividades de higiene e conforto, medicações, cuidados com oxigenioterapia, troca de curativos, entre outros.

No período vespertino, a higiene de sujeitos do cuidado, quando necessária (mudança de decúbito, troca de fraldas, e outros), e toda a checagem da medicação, com o recebimento, distribuição destas nas gavetas dos usuários, além da própria ministração das mesmas é de responsabilidade dos trabalhadores de nível médio. Neste turno, também são realizadas as trocas de fluidoterapia.

No período noturno, dá-se seqüência aos cuidados (medicação, trocas de curativos e higiene de usuários, quando necessário, entre outros). Além disto, em todos os turnos há o atendimento das intercorrências. Observa-se que, no atendimento das intercorrências, não há uma divisão muito estrita dos leitos, quem está livre atende as campainhas, mesmo que não seja um sujeito sob seus cuidados.

No setor, trabalham majoritariamente mulheres, desta forma, não há uma distribuição de tarefas que exigem esforço físico diferenciado entre os diferentes “sexos”. Sempre que possível, os trabalhadores de enfermagem do sexo masculino, em decorrência das condições físicas, acabam auxiliando nas tarefas mais “pesadas”, como mudanças de decúbito e banhos de sujeitos do cuidado acamados e semi-dependentes, existindo um compartilhamento das atividades, mas não há determinação preliminar de que as cargas mais pesadas devam ficar sob os cuidados dos homens. Até porque não há, ainda, uma re-divisão das atividades, em função do grau de complexidade dos cuidados da clientela, como apontado anteriormente.

Observei, também, que muitas são as interrupções no trabalho da enfermagem, quer por solicitação dos próprios sujeitos do cuidado, dos acompanhantes ou de outros profissionais, o que impõe à equipe de enfermagem a realização de uma multiplicidade de atos, muitos destes não planejados. Além disto, como a unidade observada acolhia usuários de diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, com graus de risco também diferenciados, exigiam da equipe uma vigilância constante.

Quanto à tomada de decisão, pude observar que muito do solicitado à equipe, principalmente no turno matutino, é repassado ao enfermeiro, que toma decisões, sem uma discussão com a equipe de enfermagem.

Há certo “grau de autonomia e tomada de decisão” dos técnicos e auxiliares de enfermagem, principalmente nos turnos vespertino e noturno, quando o enfermeiro não se encontra presente, pois à tarde termina sua jornada às 16:00 horas, além de, muitas vezes, ser convocado, em seu período de trabalho, para reuniões, ausentando-se do setor.

Esta autonomia dos trabalhadores de enfermagem também é muito relativa, pois está condicionada à hegemonia médica, bem como à lei do exercício profissional da enfermagem. O que fazem, na realidade, quando o enfermeiro não está presente, é entrarem em contato direto com o médico, no sentido de resolver alguma intercorrência ou tomar alguma decisão, além de comunicarem ao enfermeiro que se encontra de plantão, como responsável pela enfermagem após às 16:00 horas.

O que se observa, portanto, é que não há um compartilhamento das decisões, e, na verdade, o médico “decide” e a enfermagem “executa”. Isto é referendado por Capella e Gelbcke (1988), quando afirmam que os profissionais de nível médio se “aliam” ao médico, muito mais do que ao enfermeiro.

Por outro lado, há rigidez e controle dos funcionários, o que impede a maior autonomia e participação nas tomadas de decisão, caracterizando bem o modelo de gerência pautado no taylorismo e fayolismo. A disciplina é rígida, principalmente no que concerne à pontualidade e assiduidade. A rigidez e a falta de flexibilidade são questões apontadas pelos trabalhadores de enfermagem, como algo que os incomoda muito, interferindo, inclusive, no poder de criação. A criatividade, muitas vezes, limita-se apenas à improvisação de materiais que não se encontram disponíveis. Esta percepção é corroborada por Cecílio (1999, p. 324), ao afirmar que, nos hospitais, do ponto de vista gerencial, existe uma autonomia basicamente dos médicos, *na medida que o pessoal de enfermagem tem sua prática cotidiana engessada na forma fayolista da hierarquia rígida do poder e em alguns fundamentos tayloristas de separação entre o pensar e o fazer, de fragmentação do trabalho e ênfase nas tarefas.*

Esta, portanto, não é uma característica apenas desta instituição, como veremos no decorrer do trabalho, é uma característica que tem se mostrado freqüente na enfermagem, com a qual, acredito, temos que romper .

Quanto às informações, são repassadas geralmente pelo enfermeiro, que as escreve no livro de ocorrências e as recebe, geralmente, em reuniões com a gerência de enfermagem. Algumas informações também são afixadas no mural do posto de enfermagem.

Considerando as atribuições e normas rígidas, podemos observar que o modelo de organização do trabalho pauta-se na teoria clássica da organização, com preceitos do modelo taylorista, em que há uma forte divisão do trabalho, principalmente no que concerne à concepção e execução. Aliada ao modelo taylorista, as normas e rotinas rígidas, bem como a hierarquia pautada na autoridade do gerente, remete também ao modelo burocrático. Mesmo com a implantação do programa de qualidade total, não há flexibilidade do trabalho e maior autonomia dos trabalhadores, aspectos estes ressaltados no modelo toyotista. Observa-se, desta forma, que o programa de qualidade visa, tal como apontam vários críticos (CHANLAT, 2000; LIMA, 1996; GUIMARÃES, 1995), o controle do trabalhador, por meio de aspectos apontados pela clientela.

Esta questão do controle é muito controversa, além de estar numa região que tanto pode encerrar um desvio ético, quando não se estabelecem padrões de qualidade, quanto se tornar um meio de exercer coerção ao trabalhador. Resta serem estabelecidas coletivamente formas de exercer controle sobre o trabalho, sem que se torne controle sobre o trabalhador.

4.1.4 Aspectos relacionais:

O cotidiano de uma instituição hospitalar abrange as mais diferentes formas de relação, quer entre os agentes que nela atuam, quer com a clientela atendida, sendo permeadas fortemente pelas relações de poder, pelas ideologias, sendo, portanto, um *locus* em que se manifestam as subjetividades, uma vez que não há exercício de poder, ou apreensão ideológica, senão no sujeito que os vive.

Tendo em vista o modelo organizacional existente na instituição, há uma relação de poder fortemente exercido pelo gerente de enfermagem, reconhecida pelos trabalhadores, que não lhes permite pensar em autonomia, em tomada de decisão, em expressão de pensamento, em negociação. Isto tem gerado uma insatisfação generalizada com a política de gestão adotada pela gerência de enfermagem.

Este modelo de gestão segue os pressupostos da gerência científica, em que a autoridade do gerente é destacada, sendo que os profissionais de enfermagem, mesmo tendo, em alguns momentos, incorporado novas formas de gestão, não modificaram o *modus operandi* até então instituído na profissão, e a gerência de enfermagem desta instituição não foge à regra. Esta forma de gestão tem se refletido nas relações, por vezes conflituosas, que aparecem no cotidiano de trabalho da instituição estudada, principalmente porque os enfermeiros, no tocante à gerência de enfermagem, acabam intermediando as relações entre administração geral e trabalhadores.

Entre os enfermeiros e os outros trabalhadores da equipe há uma relação boa, apesar do grau de submissão e de divisão impostos entre quem pensa e quem executa, alicerçado no modelo taylorista de divisão do trabalho, o que implica em se poder compreender dialeticamente que, mesmo num modelo como este, há espaço para relações pessoais mais satisfatórias.

Entre os trabalhadores, há um ambiente de companheirismo, principalmente nos mesmos turnos de trabalho, havendo alguns questionamentos e pequenos conflitos ‘entre’

turnos, decorrentes de atividades que, por vezes, ficam de um turno para outro, para serem desenvolvidas. Esta é uma típica situação em que a organização pode ser considerada fator de desgaste, neste caso por acumular trabalho para um turno subsequente e por gerar desconfortos psicológicos entre pares.

Também entre a equipe multiprofissional e os setores de apoio, não há conflitos maiores relatados.

Há, porém, uma sobrecarga de trabalho grande nos finais de semana, em que são escalados apenas dois trabalhadores em cada turno (variando este número, de acordo com a unidade), o que, principalmente no turno diurno, gera conflitos, quando há substituições nas equipes de trabalho, decorrentes de trocas, férias ou folgas.

De uma forma geral, as relações na equipe de enfermagem são boas, com ambiente harmonioso, em que os trabalhadores se ajudam nas atividades a serem realizadas.

Apesar de meio “velados”, pois apontam uma relação boa entre a enfermagem e a medicina, observei conflitos, tais como cobranças na realização de procedimentos com maior rapidez, demonstrando que há uma sobreposição da medicina sobre a enfermagem, principalmente no que concerne às tomadas de decisão quanto ao cuidado prestado ao usuário, decorrentes, principalmente do modelo médico vigente, até porque, como afirma Carapinheiro (1993), os médicos têm um poder, uma autonomia na instituição hospitalar, que se defronta com o poder administrativo, gerando, por vezes, tensões e conflitos, tanto com a administração da instituição, quanto com os profissionais não médicos, especialmente o pessoal de enfermagem.

Os conflitos aparecem, também, em decorrência das atividades que são determinadas a cada tipo de serviço e, quando não executadas a contento, podem gerar sobrecarga aos demais. Por exemplo, quando um usuário está com alta, e o serviço de hotelaria não realiza logo o check-out, impedindo que o escriturário possa, num período menor, encaminhar o prontuário ao setor de contas, liberando o usuário para se ausentar da instituição.

Quando isto não ocorre, muitas vezes, é junto ao pessoal de enfermagem que está na unidade que o usuário expressa sua insatisfação, como se estas questões dependessem apenas da enfermagem.

Há que se ter em mente, portanto, que nos aspectos relacionais, se entrelaçam as necessidades dos trabalhadores, da instituição e do próprio usuário dos serviços, necessidades

estas que nem sempre se coadunam, gerando, em alguns momentos, relações conflituosas, em outros, harmoniosas. Além disto, há que se destacar que, no contexto hospitalar, existe um número significativo de trabalhadores, os quais também manifestam as especificidades relacionadas às suas categorias profissionais, o que também interfere sobremaneira nas relações estabelecidas.

Quanto às relações, há, sim, uma expressão de insatisfação generalizada com a forma como a instituição e, em especial, a gerente de enfermagem exerce seu poder, sua autoridade, impedindo qualquer forma de manifestação, participação e negociação dos trabalhadores de enfermagem.

4.2 A instituição pública

4.2.1 Contextualização geral

Inaugurada no final da década de 60, esta instituição surgiu por uma necessidade da população, que não tinha uma instituição hospitalar pública que suprisse a demanda de atendimento nas imediações em que está localizada. Desta forma, em meados da década de 70, esta instituição foi adquirida pelo então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual a reformou e equipou modernamente, sendo que, em 1979, após esta reforma, iniciou suas atividades.

Em 1989, passa a ser gerido pela Secretaria de Estado da Saúde, em convênio firmado entre os Governos Federal e Estadual, respondendo, desta forma, aos princípios de regionalização e descentralização da assistência, da proposta do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de um hospital de médio porte, dividido nas seguintes unidades: pacientes externos, emergência, internação cirúrgica, clínica médica masculina e feminina, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. A média de atendimento ambulatorial e emergência é de 12.000 consultas ao mês, nas especialidades cirúrgica, ortopédica, pediátrica e medicina interna, tendo uma média de internação de 250 usuários ao mês.

Possui, atualmente, 92 leitos ativados (com projeto de expansão em curso), destinados à clínica cirúrgica geral e especializada e clínica, e mais cinco leitos destinados à UTI. Além das diferentes especialidades clínico-cirúrgicas, conta com serviços de apoio, como banco de

sangue, patologia clínica, endoscopia digestiva alta, farmácia, radiodiagnóstico, ultrassonografia, nutrição e dietética, serviço social, lavanderia, eletrocardiografia, comissão de controle de infecção hospitalar e centro de estudos e aperfeiçoamento.

Tem como missão prestar serviços de saúde com qualidade aos usuários na área curativa, com base na educação e utilização dos recursos humanos, científicos e tecnológicos, integrando pesquisa e ensino.

Conta, em seu quadro de pessoal, com aproximadamente 600 trabalhadores, dos quais 202 estão ligados à Gerência de Enfermagem. Os trabalhadores de enfermagem estão distribuídos, segundo a categoria profissional, da seguinte forma: 22 enfermeiros, 34 técnicos de enfermagem, 115 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar operacional de serviços diversos, 17 agentes administrativos, 07 técnicos de eletrocardiograma e 06 CME-OP (auxiliares operacionais de serviços diversos, ligados ao Ministério da Saúde).

Os trabalhadores de enfermagem estão distribuídos, de acordo com o local de trabalho, conforme quadro abaixo.

Quadro 2: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, por unidades, na instituição hospitalar pública, 2002.

Unidade	Nº de funcionários	Nº de leitos
Centro de Material e Esterilização	10	-
Centro Cirúrgico	24	3 salas e 01 recuperação
UTI	19	05
Clínica médica masculina e feminina	19	21 + 01 isolamento
Clínica cirúrgica feminina	19	23 + 01 isolamento
Clínica cirúrgica masculina	20	32 (sendo 2 apartamentos)
Emergência	36	12 + macas
Unidade de Pacientes Externos (UPE)	11	

Os usuários atendidos, em sua maioria, são procedentes da Grande Florianópolis, internados na instituição por meio de convênio com o Sistema Único de Saúde, já que a maioria dos leitos hospitalares é destinada a esta clientela. O hospital conta apenas com 02 apartamentos, destinados a atender usuários de convênios privados e particulares.

4.2.2 Aspectos estruturais

a) Externos à instituição

Afirma Testa (1997, p. 32) que *la transformación de la salud en salud pública es también, al mismo tiempo, la consolidación del espacio público*. Desta forma, analisar uma instituição pública necessariamente passa por avaliar a sua inserção na macro-estrutura social.

O Hospital estudado, enquanto instituição pública, tem problemas que já podemos identificar como crônicos no setor saúde, relacionados, entre outros, às formas de financiamento, à política de saúde implantada pelo Estado, os quais têm que se ter em mente ao se avaliar a instituição, aspectos estes que, no dizer de Cecílio (1997 a, p. 373), *são complicados por uma verdadeira ‘crise de credibilidade’ dos hospitais públicos junto aos usuários*. Este descrédito é fruto da própria política governamental, e com as reformas do setor saúde, alia estratégias estatizantes com privatizantes, determinada por conveniências de acesso aos serviços, por direito ou compra no mercado, tratando as pessoas de forma diferenciada, buscando garantir nos serviços públicos somente uma cesta mínima de serviços de saúde àqueles que não têm possibilidade de acesso ao setor privado. Há, portanto, no imaginário social, uma crença de *que tudo que é público não é bom – a priori aderindo a qualquer perspectiva privatista* (MERHY; ONOCKO, 1997, p.11).

Aliado a estes fatores de financiamento e perda de credibilidade, a instituição estudada tem ainda mais um fator complicador, principalmente no que se refere à forma de inserção dos trabalhadores que nela atuam. Como foi um hospital da Previdência Social no Estado, passando a ser gerido posteriormente pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), conta, em seu quadro de pessoal, com trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios, ou seja, parte dos trabalhadores tem ainda vínculo com a Previdência Social, parte tem seus contratos com a SES e alguns dos serviços já terceirizados (vigilância, escrituração, limpeza), o que representa um vínculo também com o setor privado.

Estas diferentes formas de inserção na instituição repercutem na política salarial diferenciada, bem como na forma de acesso à instituição, já que, em função da política de enxugamento da máquina do Estado, não tem ocorrido, há aproximadamente 10 anos, concursos públicos, tanto em nível federal quanto estadual. Desta forma, há um contingente

de trabalhadores contratados pela SES, porém sem garantias enquanto trabalhadores concursados.

Além disto, a forma de organização da categoria é diferenciada. Tanto que o hospital teve parte de seus funcionários em greve (os ligados à Previdência Social), os quais aderiram ao movimento nacional que foi deflagrado em agosto de 2001, e que durou cerca de 111 dias. Esta foi a primeira vez que os funcionários desta instituição entraram em greve junto com a categoria dos trabalhadores da previdência social, apesar de toda a dificuldade de mobilização dos trabalhadores do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e do Ministério da Saúde, decorrente da terceirização e pulverização dos servidores federais da Saúde, provocada pelo Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2001). Vale ressaltar que, se por um lado, houve adesão dos trabalhadores da SES ao movimento, no sentido de referendar o movimento dos trabalhadores federais, por outro, houve certo desconforto propiciado pela acentuação das diferenças salariais, tendo em vista a promessa do governo federal quanto à reposição salarial, bem como a perspectiva de construção de uma carreira. Souza (2001, p. 3) ressalta a importância do movimento dos trabalhadores federais, ao afirmar que *enquanto a recessão e a flexibilização de direitos empurram os demais trabalhadores para o silêncio, os servidores públicos carregam a responsabilidade de se contrapor à política reducionista do governo*.

Como hospital estadual, é uma autarquia, tendo o seu custeio realizado por meio de recursos primordialmente provenientes do SUS (Admissão para Internação Hospitalar -AIH), com exceção da folha de pagamento, que parte é responsabilidade da União, no que se refere a pagamento dos trabalhadores com vínculo federal, sendo os demais pagos com recursos do Governo do Estado. A gestão hospitalar segue os pressupostos da SES, sendo o diretor geral indicado pelo Secretário de Estado da Saúde e os demais membros da direção escolhidos pelo diretor.

b) Internos à instituição:

Os trabalhadores, como apontei anteriormente, têm diferentes formas de inserção na instituição, o que repercute nas relações de trabalho, na forma de remuneração e na própria jornada de trabalho.

Tanto os trabalhadores federais, quanto os contratados estaduais, realizam jornada de trabalho de 30 horas semanais, mediante acordo interno, sendo esta uma reivindicação antiga da categoria, que foi alcançada pela instituição já no início da década de 90. Já os

trabalhadores terceirizados fazem uma jornada de trabalho de 44 horas semanais, sendo regidos pela CLT. Na enfermagem, os trabalhadores terceirizados atuam como agentes administrativos (escriturários), não havendo especificamente trabalhadores de enfermagem terceirizados.

Para os trabalhadores de enfermagem, há certa flexibilidade nos horários de trabalho, pois não existindo cartão ponto na instituição, eles assinam o ponto na gerência de enfermagem. Esta flexibilidade é concedida para aqueles que têm outro vínculo empregatício.

Quanto aos benefícios concedidos aos trabalhadores, estes também divergem de acordo com a forma de inserção na instituição. Os trabalhadores federais possuem um plano de carreira, que está para ser revisto, conforme acordo de greve. Já, os trabalhadores estaduais contratados (que são regidos pela CLT), não contam com plano de carreira, sendo seus aumentos concedidos conforme o dissídio coletivo da categoria. Em relação aos trabalhadores contratados, destaca-se ainda a instabilidade gerada em função de não serem concursados. Os contratados de empresas terceirizadas têm seus aumentos estabelecidos conforme o aumento do salário mínimo, de acordo com o estabelecido na CLT e sindicatos da categoria. Tanto os trabalhadores federais, quanto os estaduais efetivos e contratados, e os terceirizados, contam com os serviços da instituição para assistência à saúde, sendo que possuem planos de saúde, conforme disponibilidade pessoal. Todos, independente da forma de contratação, têm direito à alimentação na instituição (café da manhã, almoço, lanche da tarde e janta, de acordo com horário de trabalho).

Também foi instituído um programa - “Cuidando da família do Hospital” - voltado aos trabalhadores, que busca resgatar a idéia da instituição como uma família, harmonizar o ambiente de trabalho, diminuir os estressores, bem como a interação entre os diferentes setores e trabalhadores, por meio de dinâmicas de grupo, uso de terapias alternativas, exercícios físicos (capoeira, ginástica, relaxamento, caminhadas) e dança. Esse programa, apesar de alguma resistência inicial da direção da instituição, foi aberto a todos os trabalhadores, inclusive os terceirizados. Há, ainda, alguma dificuldade na execução do programa, em função deste realizar-se dentro do horário de trabalho, impedindo, por vezes, o acesso dos trabalhadores ao mesmo. Desta forma, a gerente de enfermagem, que coordena o referido programa, tem buscado alternativas, no sentido de levar principalmente os exercícios físicos (relaxamentos e ginástica) até os setores de trabalho. Atualmente, o programa conta com atividades de ginástica e relaxamento duas vezes por semana, voleibol aos domingos,

além de mensagens que buscam motivar os trabalhadores, as quais são colocadas nos setores e mesmo na sala da gerência.

Há normas institucionais, direcionadas aos diferentes profissionais que integram a instituição, bem como regras específicas da enfermagem. Porém, há uma certa flexibilidade em relação às normas e regras, e que pode estar relacionado ao fato destas não serem claras suficientemente. De acordo com Carapinheiro (1993, p. 63), *é sempre problemático perceber quais as regras que existem, a quem se aplicam e a que sanções dão lugar se não foram cumpridas*. Desta forma, penso que muito dos problemas das instituições, principalmente hospitalares, relacionam-se com esta oscilação entre a rigidez das normas e a flexibilidade destas, gerando regras informais, que suprem os hiatos deixados pelas regras formais, mas que também podem dar lugar ao desmando, à negligência e à falta de compromisso. Concordo com Carapinheiro (1993) de que, neste sentido, é de extrema importância que a instituição tenha sua missão, seu objetivo institucional definido, no sentido de nortear inclusive as negociações que ocorrem no cotidiano hospitalar.

4.2.3 Aspectos organizacionais

A enfermagem, no contexto da instituição, conta com uma gerência de enfermagem, subordinada à direção geral, articulando-se com os demais serviços, por meio de representação em diferentes comissões.

Sua normatização específica está delineada no “Manual do Serviço de Enfermagem”, o qual foi elaborado por um grupo de enfermeiros, no ano de 1998. Atualmente, há estudos no sentido de atualização do manual, bem como para o estabelecimento de diretrizes, visando a implantação da sistematização da assistência, a qual deixou de ser realizada na instituição, pelos enfermeiros, há alguns anos. De acordo com a gerente de enfermagem, esta é uma prioridade para esta gestão, tendo em vista o reflexo da utilização de uma metodologia para a qualidade da assistência.

Dentre as finalidades do serviço de enfermagem, destaco:

a) proporcionar assistência de enfermagem de forma contínua aos pacientes internados nas diversas especialidades; b) assegurar os recursos humanos através da distribuição qualitativa e quantitativa de pessoal de acordo com as áreas de atividade, observando férias, folgas e licenças; c) controlar entrada e saída de equipamentos de consumo e permanente; [...] i) cumprir e fazer cumprir o

regulamento do hospital; j) manter o controle rigoroso da disciplina do Serviço de enfermagem (COELHO *et al.*, 1998, p. 9).

Observa-se, desta forma, que há uma preocupação expressa em relação à assistência e à sua organização, inclusive porque vários dos itens que compõem a finalidade do serviço de enfermagem estão voltados à garantia de recursos humanos e materiais, para a realização de uma assistência de qualidade. Destaca-se, também, no Manual de Enfermagem, a preocupação com a ordem e a disciplina, aspectos que têm pautado o trabalho da enfermagem, de acordo com os modelos organizacionais assumidos pela categoria.

Nas unidades de internação, a equipe de enfermagem é composta por técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiros, sendo que, no período diurno, sempre há a supervisão direta dos enfermeiros nas unidades, porém, no período noturno esta supervisão é indireta, pois ficam apenas dois enfermeiros por noite, para a realização da supervisão geral. Os enfermeiros, além da supervisão e organização da assistência, são responsáveis pela realização de técnicas mais complexas, bem como participam dos programas de educação continuada e avaliação dos funcionários. A assistência ao usuário é realizada pelo pessoal de nível médio e também pelos enfermeiros, que além das atividades assistenciais, desenvolvem atividades burocráticas em seu cotidiano de trabalho.

A forma de organização do trabalho segue o modelo taylorista de divisão de tarefas, e não utilizam o modelo de assistência integral, tal como adotado pela enfermagem (em que o trabalhador responsabiliza-se por todos os cuidados dos usuários). Há um modo próprio de organização na instituição, que talvez possa ser identificado como um modo híbrido entre assistência integral e funcional, pois existe um trabalhador que fica responsável pela realização da medicação e nebulização de todos os usuários e os demais trabalhadores (na unidade observada, são geralmente em número de três), responsabilizam-se pelo restante dos cuidados (higiene e conforto, verificação de sinais vitais, realização de curativos e cuidados com fluidoterapia, entre outros), das três enfermarias que compõem o setor. Desta forma, existe uma divisão e responsabilização destes trabalhadores que estão “fora” pelos cuidados realizados aos usuários que estão nas enfermarias⁶, não havendo uma divisão paritária por número de leitos ou grau de complexidade da assistência. Vale destacar que, no período de coleta de dados, a enfermaria feminina sempre esteve com todos os leitos ocupados e, em pelo

⁶ Há, no setor, duas enfermarias masculinas, uma com seis leitos e uma com sete leitos e uma feminina, com sete leitos e mais um quarto de isolamento, que fica sob responsabilidade do trabalhador que está com a enfermaria masculina.

menos 50% destes, as usuárias tinham algum grau de dependência em relação à assistência que variava de semi-dependente para totalmente dependente.

Apesar da divisão por enfermarias, estabelecida pela chefe, os funcionários trabalham em equipe, ou seja, estão sempre juntos nas enfermarias, sendo que, enquanto um verifica os sinais vitais, outros dois já vão iniciando a higiene e conforto e a realização dos curativos. Ficam, após, responsáveis pelo registro das observações dos usuários sob seus cuidados, observações estas diárias, que são anotadas junto à folha de registro dos sinais vitais. Tal como na instituição privada, a maior sobrecarga de trabalho ocorre no período matutino, decorrente dos procedimentos de higiene e conforto.

O que se observa é uma sobrecarga em função da relação entre o número de usuários e o número de funcionários, que se mostra insuficiente para suprir as necessidades do setor para uma assistência de qualidade. Esta insuficiência é apontada como um dos fatores de desgaste dos trabalhadores, sendo identificada tanto pela gerente de enfermagem, quanto pela chefe do setor, bem como pelos próprios trabalhadores, que ressaltam a importância de ter pelo menos mais um trabalhador de nível médio.

A forma de organização “híbrida” assumida pela instituição tem como uma das justificativas a falta de pessoal, ou seja, consideram que até poderiam realizar a assistência integral, caso houvesse mais trabalhadores.

Na unidade, há também um auxiliar operacional de serviços diversos, que tem a função de “maqueiro”, ou seja, fica no setor de clínica, mas tem também atuação junto ao Centro Cirúrgico, buscando e levando os sujeitos dos cuidados ao mesmo. Nesta clínica, no intervalo de uma cirurgia e outra, auxilia em pequenas tarefas, como buscar medicamentos na farmácia, levar algum exame em local específico, lavar material ou auxiliar na ordem do posto de enfermagem. Às vezes, é solicitado a auxiliar em procedimentos de higiene e conforto, apesar desta atividade não constar de suas atribuições.

O escriturário fica responsável pela parte administrativa, organizando prontuários, agendando exames, solicitando, junto com o enfermeiro, o material de consumo necessário, bem como controlando os prontuários nos quais estão sendo feitas as prescrições, no sentido de providenciar a medicação e comunicar os prontuários em que falta a prescrição. Também é responsável pelo apazamento de horários nas prescrições médicas, algo que difere da maioria das instituições de saúde, onde esta função geralmente fica a cargo do enfermeiro.

Observei, no entanto, a dificuldade que os escriturários encontravam com esta função (aprazamento dos horários das medicações), muitas vezes recorrendo aos trabalhadores de enfermagem, tanto no sentido de “decifrar” a prescrição, quanto para discutir o melhor horário a ser aprazado. Há uma rotina estabelecida quanto ao aprazamento do horário dos medicamentos e nebulizações, que consta do manual do serviço de enfermagem, sendo que cabe, posteriormente, ao enfermeiro, supervisionar as prescrições e aprazamentos.

No setor, não há informatização para solicitação e controle de medicações, material de consumo ou outros procedimentos administrativos, cabendo, portanto, ao escriturário, todo o controle destes, bem como o que se refere à comunicação de altas, transferências e óbitos ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Serviço de Nutrição e Dietética.

O material de consumo é solicitado diariamente, de acordo com as necessidades do setor, sendo esta uma atividade do enfermeiro que está trabalhando no turno matutino, que faz uma previsão do que é necessário para o final de semana ou feriados, quando o almoxarifado encontra-se fechado.

Quanto às condições materiais, observei que, em relação ao material de consumo, existem os materiais básicos como luvas, seringas, agulhas, sondas, em quantidade suficiente, porém materiais mais específicos, como curativos hidrocolóides, por exemplo, não se encontram disponíveis com facilidade. As medicações são padronizadas, sendo que o que for prescrito, deve seguir o padrão, caso contrário, deve ser adquirido pelo usuário ou familiares, sendo a solicitação aos familiares a última alternativa a ser implementada. Em relação às medicações, salienta-se que antibióticos de alto-custo devem ser solicitados mediante justificativa do médico, buscando-se sempre outras alternativas, tendo em vista os custos e as cotas definidas para cada instituição.

Os materiais permanentes encontram-se defasados, os leitos são antigos, por vezes necessitando de pintura, as manivelas não funcionam adequadamente, existem poucos suportes de soro com rodízios, sendo que sobre todos os leitos há um suporte de soro fixo à parede. Também há dificuldade com o número de roupa disponível para unidade, gerando, por vezes, conflitos entre o setor de internação e a lavanderia, que não fornece um número adequado. As roupas encontram-se também em estado precário, os lençóis são grandes, porém necessitam ser amarrados ao leito, gerando um desgaste ao trabalhador, em função do esforço físico que necessita despender nesta tarefa, o que poderia ser minimizado com a confecção de lençóis tipo envelope.

Também há dificuldade com outros materiais permanentes, como cadeira de rodas e macas, que se encontram em precário estado de conservação, além do número insuficiente. Não existem, no setor, poltronas para que os usuários possam ficar sentados com maior conforto, o que, de certa forma, desestimula tanto usuários quanto trabalhadores, no que se refere a mudanças de decúbito.

Em relação à infra-estrutura, observa-se que as enfermarias são grandes, porém com um número significativo de leitos, dificultando a mobilização dos trabalhadores de enfermagem, principalmente na enfermaria feminina (que tinha oito leitos, quando iniciei minhas observações). Esta dificuldade foi amenizada, inicialmente nas enfermarias masculinas, nas quais conseguiram diminuir um leito, sendo que, posteriormente, diminuíram também um leito da feminina. Os banheiros são grandes, porém os boxes são pequenos, dificultando o acesso das cadeiras de banho, bem como a ventilação que, principalmente no banheiro feminino, é extremamente precária, deixando o ambiente muito quente, quando as usuárias estão realizando a sua higiene no chuveiro. Existe apenas um banheiro masculino, que não fica centralizado entre as duas enfermarias, o que gera desgaste tanto para os trabalhadores, que têm que se deslocar mais com os usuários semi-dependentes, que recebem os cuidados de higiene e conforto no banheiro, quanto para os próprios usuários.

O posto de enfermagem é utilizado tanto para o preparo da medicação, como para depósito de material e roupa, pois há um armário que serve a estas duas finalidades. Também existe, neste espaço, uma mesa e um sofá, servindo como sala de estar e de lanche para os trabalhadores. O posto fica centralizado na unidade, facilitando o acesso dos trabalhadores a todas as enfermarias.

A sala de curativos fica ao lado do posto e é pequena, se considerado tudo o que comporta. Existe, nesta sala, uma pia para a lavagem do material, armário para guarda do material e há um beliche, ao lado da pia, onde os trabalhadores do turno noturno realizam seu descanso. Esta sala serve para guarda de alguns materiais permanentes.

O carrinho de emergência fica no corredor, entre as enfermarias, o que me chamou a atenção sobremaneira, tendo em vista que este é um instrumento importante para a enfermagem nas intercorrências graves, ficando, neste local, à mercê dos usuários, bem como dos próprios trabalhadores, que, por vezes, utilizam o material ali existente em atividades do dia a dia, sem a devida reposição. Ao fazer uma observação sobre o fato, junto ao enfermeiro do setor, este manifestou que os usuários não mexem no carrinho, porém os próprios

trabalhadores retiram material, quando necessário. Sugeri alteração do local para a sala de curativos, que mesmo sendo pequena, poderia comportar o carrinho, mantendo-o mais seguro, o que foi aceito temporariamente, retornando o carrinho para o local de origem, após alguns dias.

Há, também, um pequeno expurgo, que não tem ventilação, sendo utilizado principalmente pelo pessoal da limpeza. Ao lado do expurgo, no final do corredor, foi improvisada, com divisórias de compensado, uma sala de utilidades, nas quais ficam armazenados os suportes de soro, hamper, bem como o carrinho da limpeza do setor, entre outros.

Não há, na unidade, um banheiro destinado aos trabalhadores, que necessitam deslocar-se o banheiro da UTI, o qual fica chaveado e que, no período noturno, serve de local de descanso para o pessoal de enfermagem. Neste banheiro, não há chuveiros, e, quando necessário, os trabalhadores deslocam-se para o andar inferior, que possui banheiro com chuveiro.

Em relação à jornada de trabalho, como apontado anteriormente, todos os trabalhadores de enfermagem realizam 30 horas semanais, sendo a escala de 12 horas por 60. Esta escala, na prática, não funciona, pois muitos trabalhadores fazem hora-plantão, sendo o intervalo entre uma jornada e outra, algumas vezes, de apenas 12 horas. Alguns, mesmo não sendo permitido, realizam jornadas de trabalho de 24 horas, algumas vezes até 36 horas corridas, por meio de trocas de plantão, visando aumentar o intervalo entre um plantão e outro. Apesar do desgaste que geram as jornadas prolongadas, sobre o que os trabalhadores têm ciência, justificam que jornadas mais longas compensam financeiramente, pois ficam mais tempo sem precisar voltar à instituição, principalmente quando moram muito longe.

Os enfermeiros e os escriturários, bem como o auxiliar operacional de serviços diversos (maqueiro), fazem jornada de seis horas diárias, sendo que os enfermeiros realizam 12 horas, quando fazem trocas de plantão ou hora-plantão. A supervisão da unidade, nos finais de semana e turno noturno, fica a cargo do enfermeiro que está na supervisão geral. Nos finais de semana, esta cobertura geralmente é realizada por enfermeiros efetivos e contratados pela SES, que realizam hora-plantão, ou enfermeiros efetivos, que não fazem hora-plantão e recebem folga decorrente destas coberturas. Na supervisão noturna estão enfermeiros lotados no Ministério da Saúde ou efetivos da SES.

Quanto ao grau de autonomia, percebi que não há uma dependência tão significativa dos trabalhadores de nível médio em relação ao enfermeiro, sendo que, muitas vezes, quando esta não se encontra no setor, os mesmos tomam as providências necessárias, por exemplo, discutindo determinada conduta com o médico assistente, ou solicitando que prescreva para tal usuário ou avalie determinado exame.

Há, nesta instituição, uma maior flexibilidade, quer nas relações hierárquicas, quer no controle do trabalhador, em função da inexistência de relógio ponto. Há flexibilidade em relação aos horários, às trocas de plantão, inclusive na concessão de horários para resolver problemas particulares. No entanto, esta flexibilidade, de acordo com o enfermeiro responsável pela gerência de enfermagem, se, por um lado, é positiva para os trabalhadores, por outro, exige muito do enfermeiro, que precisa ser mais enérgico no controle dos horários e frequência dos trabalhadores. Também senti que não há uma supervisão tão direta do enfermeiro sobre os procedimentos técnicos realizados, sendo que a assistência prestada é determinada pelos próprios trabalhadores, que, muitas vezes, se limitam a realizar a higiene e conforto, verificação de sinais vitais, ministração da medicação, ou seja, procedimentos básicos de enfermagem. Esta falta de supervisão e orientação mais direta, ocorre muito pela sobrecarga de trabalho destinada ao enfermeiro, tanto que, no período em que realizei a observação na instituição, não havia escriturário no setor durante o turno matutino, tendo o enfermeiro assumido estas funções, na maioria das vezes. Esta situação foi, inclusive, apontada pelo enfermeiro do setor como um dos fatores que interferiam no desenvolvimento do seu papel assistencial.

Aliado à sobreposição de funções, pode-se salientar também o número reduzido de enfermeiros na instituição como um todo, interferindo na forma como os enfermeiros têm desenvolvido seu papel, muito mais voltado para a parte burocrática, ou mesmo como “quebra-galho”. Há uma dificuldade de compatibilizar o papel administrativo-gerencial e o assistencial, principalmente para os enfermeiros que ocupam cargos de chefia, sendo que, em muitos momentos, as atividades administrativas, como controle de pessoal, controle de material, elaboração de escalas, manutenção da unidade ficam em segundo plano, em função das atividades assistenciais, as quais procura priorizar. Há uma insatisfação apontada pelos enfermeiros, no que se refere a estes aspectos, pois se, por um lado, priorizam e sentem mesmo a necessidade de estar junto aos demais trabalhadores na assistência, por outro, há uma exigência em relação às tarefas administrativas, que envolvem o enfermeiro,

distanciando-o da assistência. Esta é uma situação conflituosa, apontada por alguns estudiosos, que tem identificado a dicotomia do fazer e do gerenciar (MEDEIROS; TAVARES, 1997; MESQUITA, 2002).

Também acredito que o fato de não existir uma sistematização da assistência repercute na forma como os trabalhadores de nível médio realizam seu trabalho, muitas vezes limitando-se aos cuidados básicos. A questão da inexistência de sistematização da assistência foi, inclusive, apontada por uma das trabalhadoras de enfermagem, quando realizei as observações, como uma das fragilidades da instituição, ao afirmar que ter a prescrição de enfermagem é muito bom, porque sabem melhor o que fazer.

Este grau de liberdade, se, por um lado, pode beneficiar o trabalhador, que determina o seu processo de trabalho, por outro lado o fragiliza, colocando sobre este toda a responsabilidade, sem haver um compartilhar deste processo.

De acordo com Lima (1996), a autonomia outorgada não deixa de ser uma forma de controle do trabalhador, sendo considerada como produto da disciplina. O trabalhador tem a permissão de usufruir sua liberdade, desde que corresponda aos objetivos da instituição, o que determina um modo de agir muito mais permissivo, porém engajando mais fortemente à responsabilidade do trabalhador. Isto não quer dizer que somos contrários a que o trabalhador responda por seu trabalho, mas que isto não seja algo para “consumi-lo” ainda mais. Há, sim, que se ter um processo de trabalho em que o indivíduo possa externar sua criatividade, ter uma visão mais completa do processo, mas não acreditamos que isto possa ocorrer quando se mantém a divisão e organização do trabalho parcelar.

4.2.4 Aspectos relacionais

A instituição hospitalar, além de sua complexa estrutura organizacional, contém, também, uma trama de relações, em que objetivos diferenciados são manifestos: os da instituição, os dos trabalhadores da saúde, considerando-se aí suas particularidades, bem como os objetivos dos próprios sujeitos do cuidado, sendo que, nesta trama, conflitos, emoções, e sentimentos se afloram. Este feixe de relações, no dizer de Carapinheiro (1993), não é dotado de autonomia estrutural, ocupando posições intermediárias no tecido social interno, o qual combina elementos estruturais da sociedade, como cidadania e modo de

produção, entre outros. A partir deste feixe de relações, estabelecem-se, inclusive, as relações de poder.

As relações mencionadas e observadas entre os trabalhadores de enfermagem e os chefes de enfermagem (tanto na gerência, quanto na chefia imediata) são boas, não aparentando conflitos. Muito pelo contrário, os trabalhadores referem que as relações são tranquilas, principalmente porque os chefes “defendem” os trabalhadores, e não mantém uma relação de distanciamento com estes. Há uma divisão “natural”, imposta pelo modelo de gestão e divisão do trabalho, ainda, entre quem pensa e quem executa o trabalho.

Entre os trabalhadores de enfermagem, as relações, aparentemente, também não são conflituosas, há algumas “desavenças” individuais, porém, no conjunto, as relações são harmônicas e de companheirismo. Buscam trabalhar em equipe, dividindo e auxiliando-se mutuamente nas tarefas. As sobrecargas de trabalho ocorrem principalmente no turno matutino, em função dos procedimentos de higiene e conforto, mas é exatamente neste período que os trabalhadores atuam mais conjuntamente.

Quanto à equipe multiprofissional, os conflitos estão presentes, decorrentes principalmente da interdependência entre os diversos setores que compõem a instituição. Há queixas quanto aos serviços de apoio, como lavanderia, pois, quando não fornecem roupas na quantidade necessitada, interferem sobremaneira no trabalho da enfermagem. Estas queixas não foram apreendidas nos depoimentos, mas sim por meio das observações, o que nos permite inferir que os trabalhadores não percebem as relações conflituosas que ocorrem no cotidiano de trabalho, nem como estas interferem no trabalho propriamente dito.

Há, também, manifestações de desagrado em relação à postura dos médicos que, muitas vezes, tratam com descaso os sujeitos do cuidado. Quando das entrevistas, porém, as relações são apontadas como relativamente harmoniosas, dependendo muito da postura individual de cada profissional. Os conflitos parecem, como na instituição privada, “velados”, mostrando-se aparentes no cotidiano hospitalar, tanto que, durante as observações, por vezes, senti os trabalhadores de enfermagem aflitos, pois mesmo já tendo entrado em contato com determinado profissional médico, este ainda não tinha avaliado um determinado usuário, e piorava seu estado clínico.

Estes conflitos são decorrentes da responsabilidade dos profissionais de enfermagem com a assistência e da forma como a classe médica impõe seu poder nas instituições.

Lembra Carapinheiro (1993) que se estabelecem dois poderes paralelos na estrutura hospitalar: o poder administrativo e o poder médico, estando estes em permanente relação de tensão e conflito, manifesta ou latente, que exige um espaço de negociação constante no cotidiano hospitalar. Além disto, há que se observar que, na divisão do trabalho médico, existem os

processos de negociação que se estabelecem nas zonas de conflito entre médicos e pessoal não médico, nomeadamente entre médicos e pessoal de enfermagem, para a definição da extensão e dos limites da autoridade e responsabilidade de cada categoria profissional, no âmbito da regulação, formal e informal, das interações e prestações profissionais (CARAPINHEIRO, 1993, p. 81),

e que, neste contexto, há que se avaliar, também, os territórios nos quais os profissionais de enfermagem podem exercer alguma forma de poder.

Portanto, as instituições hospitalares, de uma forma geral, são espaços de conflitos, negociações e tensões que, quando não bem resolvidos, podem interferir nas relações com os usuários, bem como com a assistência prestada a estes.

Salienta-se que na instituição estudada, aliados a todas as formas de conflito comuns a outras instituições, ocorrem também conflitos decorrentes da diversidade de contratação na instituição. Estes não são conflitos aparentes, também são “velados”, mas acabam transparecendo em situações como as encontradas na greve de 2001, em que parte dos trabalhadores encontrava-se paralisada, parte continuava trabalhando nas unidades, muitas vezes não aceitando “cobrir” algum companheiro de trabalho. Mesmo com todo o trabalho realizado pela gerente de enfermagem, com a implantação de programas voltados aos trabalhadores, visando a interação destes, há ainda visões diferenciadas. Para alguns trabalhadores, a instituição é vista como “uma grande família”; outros, entretanto, externam manifestações de insatisfação e descontentamento com setores próprios da enfermagem.

Estas manifestações são decorrentes de transferências de “usuários dependentes” da unidade cirúrgica para a unidade clínica, transferências estas que, segundo os entrevistados, são realizadas com a interferência dos trabalhadores de enfermagem das unidades cirúrgicas junto ao corpo médico do hospital, principalmente no que se refere a usuários dependentes, idosos. Já na visão da gerente de enfermagem, estas transferências ocorrem quando internam usuários “fora” de leito, em decorrência de superlotação na emergência, ou seja, usuários com patologias clínicas são internados na unidade cirúrgica, prejudicando usuários com cirurgias já agendadas, muitos aguardando em fila de espera. As transferências se efetivam quando da

abertura de vagas na unidade clínica, muitas vezes coincidindo estas transferências com estado da clientela que exige mais do corpo de enfermagem (usuários idosos, dependentes, obesos, entre outros).

Estas são questões presentes no cotidiano da enfermagem, que por ser uma profissão desgastante, acaba extravasando suas queixas em relação à sobrecarga de trabalho decorrente do atendimento a usuários mais dependentes.

Vale destacar que um dos objetivos do Programa implantado é justamente buscar a interação entre os diversos setores que compõem o hospital, bem como entre os diferentes trabalhadores, no sentido de amenizar os conflitos existentes.

5 ASPECTOS ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM E O DESGASTE DO TRABALHADOR

Quando da realização de uma pesquisa, dois momentos me parecem cruciais e decisivos: a escolha do método, que determina a forma de apreensão da realidade ou do problema e o momento de análise dos dados, em que se busca interpretá-los.

O materialismo histórico dialético permitiu a apreensão da realidade, talvez não em sua totalidade, pois também há a própria limitação do pesquisador, mas pelo menos numa aproximação desta. Com suas categorias analíticas, próprias do método, especialmente conteúdo e forma, essência e aparência, consciência e alienação, as quais foram definidas a priori, pude perceber uma realidade em que, às vezes, conseguia chegar à sua essência, às vezes somente à sua aparência, tendo que usar de aproximações sucessivas para poder entender seu conteúdo e forma.

Além disto, percebi que facetas do trabalho desenvolvido pela enfermagem, muitas vezes, não estavam presentes, de forma consciente, para os trabalhadores de enfermagem, mostrando uma certa “alienação” calcada no próprio trabalho, ou mesmo decorrente das condições de vida e trabalho, pois como bem lembram Marx e Engels (1981, p. 32) *de modo nenhum se pode libertar os homens enquanto estes não estiverem em condições de adquirir bebida e comida, habitação e vestuário na qualidade e na quantidade perfeitas.*

Na análise dos dados, em sua interpretação, utilizei tanto as “lentes” do materialismo, o referencial teórico, bem como as minhas “lentes”, buscando, desta forma, dar um significado a estes. As categorias analíticas definidas como *estruturais, organizacionais e relacionais*, que se encontravam no problema de pesquisa e suas sub-categorias, bem como a categoria em

que apresento *alternativas* para a organização do trabalho da enfermagem, constituíram-se mais do que uma forma de interpretação e categorização dos dados, as quais, mesmo que apresentadas de forma compartimentada, formam uma rede de significados, entrelaçados, dando “vida” à letra morta.

Porém, em muitos momentos, os dados não podiam ser compartimentados, pois estavam entrelaçados. Assim, buscando a síntese, finalizo com o que denominei *complementaridade do processo organizacional*, na qual ocorre uma complementaridade das categorias, como que entrelaçando os nós da rede. Esta síntese exprime, portanto, a complementaridade e complexidade do trabalho e do sujeito trabalhador.

Esta opção na forma de categorizar os dados não encerra as diferentes interpretações que os mesmos apresentam, até porque, em muitos momentos, são apenas interpretações, além de que os dados falam por si. Em outros momentos, busco dar voz aos trabalhadores, que, por vezes, sentem-se intimidados, receosos, ou mesmo descrentes num processo de mudança, expresso na fala de um dos sujeitos da pesquisa, como descrito abaixo.

[...] aqui não adianta a gente falar ... (TM 7)⁷.

Há necessidade, muitas vezes, de apresentar a própria fala do trabalhador, porque acredito que há possibilidade de mudanças, acredito na enfermagem, e acredito que, por mais tortuoso que possa parecer o caminho, há possibilidades de um novo agir, sendo necessário assumir o trabalho como práxis, como essência de sua existência, como espaço de ação e reação, como conquista da liberdade.

Esta busca deve pautar-se na consciência de si e do outro, num processo coletivo, já que, no *processo de conscientização não é possível alguém conscientizar o Outro, numa transferência de sua própria consciência, no processo de libertação [...] o homem oprimido liberta-se e não é libertado* (VIEIRA, 1997, p. 144).

Há esperança, há utopia, e esta utopia é que move a enfermagem para a conquista de uma práxis criativa e reflexiva, de um novo agir e um novo existir.

Para buscar este novo agir e novo existir, passo a refletir sobre o que é organização do trabalho, como tem ocorrido na enfermagem, e qual a visão dos trabalhadores de enfermagem acerca desta questão, para, posteriormente, apresentar as demais categorias analíticas.

5.1 Organização do trabalho: o entendimento dos trabalhadores e as repercussões no fazer da enfermagem

Muito tem se falado em globalização, em qualidade total, em informatização e outros, mas que repercussões tudo isto tem para a enfermagem, a qual guarda ainda em sua forma organizativa, reflexos de quando foi institucionalizada enquanto profissão?

Ao refletir sobre a organização do trabalho e sua repercussão no processo de desgaste do trabalhador, e fazendo uma retrospectiva do modo como a organização do trabalho da enfermagem foi ocorrendo, ao longo destes mais de 150 anos de sua institucionalização, percebi que, mesmo com os avanços nas formas de organizar o trabalho, a enfermagem mantém o que foi instituído por Florence (1860), antes mesmo do modelo proposto por Taylor (1903), ou seja, a divisão do trabalho entre quem concebe e quem executa.

Ao longo desta trajetória, a enfermagem tem incorporado aspectos referentes aos mais diversos modelos de organização, sem, no entanto, romper com os pressupostos da administração científica e do modelo de organização proposto por Florence para a enfermagem.

O modelo clássico, que incorpora os princípios da administração científica de Taylor e Ford, da teoria da Burocracia de Weber e da teoria clássica de Fayol, não se esgotou com o aparecimento dos novos modelos e formas de organização do trabalho (Escola das Relações Humanas, modelo japonês – toyotismo, modelo sócio-técnico e abordagem contingencial). Guimarães (1995) afirma que não houve um esgotamento total do Modelo Taylorista-Fordista, o que ocorreu foi um esgotamento parcial, em função de novos condicionantes sociais, técnicos e econômicos e que a filosofia e princípios gerais foram mantidos incólumes, mesmo que imperceptíveis, encontrando-se implicitamente inseridos nas propostas de novos modelos e formas de organização trabalho.

Na enfermagem, o modelo clássico mantém-se, incorporando alguns traços de novos modelos de organização, como vimos no capítulo 2, sendo que é este o modelo que se encontra mais presente nas instituições estudadas, mesclando concepções da escola das relações humanas, principalmente no que se refere à motivação, bem como algumas pinceladas do modelo de qualidade total. Ainda há um caminho a seguir, para que estas

⁷ As letras correspondem ao nível do trabalhador (TS = trabalhador de nível superior, constituído pelos enfermeiros gerentes e assistenciais; TM = trabalhador de nível médio, constituído pelos técnicos e auxiliares

instituições adotem modelos de organização que permitam a gestão participativa, tal como já adotado em instituições públicas, como relatado por Cecílio (1997 a, 1997 b) e Merhy (1997), entre outros. Estes modelos participativos, ainda que em muitas instituições sejam experiências em fase de consolidação, têm demonstrado que é possível ter relações de poder mais horizontalizadas, com uma participação efetiva de trabalhadores dos mais diferentes níveis de formação, bem como dos usuários.

Ao analisar os diferentes modelos de organização do trabalho, percebe-se que Florence foi uma grande precursora do modelo de organização do trabalho da enfermagem, pois a profissão, mesmo tendo incorporado, de forma insipiente, aspectos dos diferentes modelos organizacionais, ainda guarda em seu modelo de organização princípios que foram alicerçados por ela, tais como a divisão do trabalho, a hierarquia, as normas e o ordenamento rígidos, entre outros.

Nas falas dos trabalhadores, nas instituições estudadas, também sobressaem os aspectos relacionados aos modelos clássicos e alguns aspectos das novas formas de organização do trabalho, quando questionados acerca do que entendem por organização do trabalho. Talvez porque muitos aspectos dos modelos de organização estejam presentes desde a institucionalização da profissão. Há uma preocupação dos trabalhadores com a realização das tarefas, o controle do tempo, a divisão do trabalho, o ordenamento, aspectos estes que podem ser destacados nas falas dos trabalhadores, conforme apresentado a seguir:

[...] porque querendo ou não a gente vive em função do relógio, querendo ou não é isso assim (TS 3).

É a forma como tu trabalha na unidade. A organização do setor, os procedimentos que tem que ser feitos, prioridades em primeiro lugar ... (TM 2).

É, primeiro ver o que tem que ser feito, e de forma mais fácil, para não perder tempo, tanto o material que tu vais usar e as prioridades dele no setor. Depois disso vais fazer o que é mais importante e executar (TM 8).

É ter as tarefas divididas, dividir as tarefas, os pacientes, os mais pesados (TM 13).

Entre os aspectos citados anteriormente, o ordenamento destaca-se sobremaneira, sendo que a própria preocupação com a divisão do trabalho tem relação com a ordem estabelecida. Entendo que esta preocupação excessiva com a ordem tem relação com a própria formação, que cobra dos profissionais de enfermagem a realização de procedimentos técnicos de acordo

com um ordenamento previamente estabelecido e de forma rígida, sendo este introjetado no fazer dos profissionais. Além disto, nos passos estabelecidos para os procedimentos, há sempre um item que preconiza a “organização de todo o material, bem como deixar o ambiente em ordem”.

Esta forma de ordenamento, tão introjetada nos profissionais de enfermagem, se revela na fala dos trabalhadores:

A organização do setor, os procedimentos que tem que ser feitos, prioridades em primeiro lugar, a organização como vai proceder naquele período (TM 2).

As coisas bem organizadas, a equipe se unir, organizar as coisas para ficar bem organizado, não ficar com as coisas bagunçadas (TM 14).

Eu acho que é ser bem organizado, lugar ser organizado (TM 18).

Esta interpretação do que é organização do trabalho, relacionando aspectos como divisão de tarefas, tempo, ritmo do trabalho, tem relação com o definido por Siqueira, citada por Lima Jr. e Ésther (2001, p. 23), como sendo as

maneiras de dividir e sistematizar as tarefas e o tempo entre os grupos de trabalhadores; as especialidades decorrentes e as qualificações exigidas; as seqüências, os ritmos e cadências; a padronização e a autonomia; a participação do trabalhador na programação e o ‘locus’ de realização das tarefas.

Os trabalhadores identificam apenas os aspectos relacionados à realização da tarefa em si, não apontam a autonomia e a própria participação na programação destas como fatores relacionados à organização do trabalho. Esta forma de organização do trabalho, que preconiza a ordem, a disciplina, o controle, impede uma participação mais ativa e criativa dos trabalhadores nos processos decisórios, mesmo quando isto se relaciona ao desenvolvimento de procedimentos técnicos.

Algumas questões devem necessariamente ser mantidas nos procedimentos, ou seja, não se pode, em função da improvisação ou mesmo da criatividade, infringir princípios científicos, que coloquem em risco a assistência prestada, mas há sim, espaços de criação possíveis, frente às diferentes situações que se apresentam no cotidiano de trabalho.

Esta preocupação constante com o fazer, com a realização da tarefa em si está relacionada à forma como a enfermagem tem valorizado o seu trabalho, o fazer em detrimento do pensar. Mesmo entre os enfermeiros há uma negação do pensar, do administrar, em

detrimento do fazer. No entanto, muito bem salienta Castrillón (1997, p.91), que *gerenciar el cuidado y los servicios de enfermería, no constituye un desvío de la función esencial de esta profesión; sólo lo es cuando se distorsiona la administración, y se adoptan tareas de múltiples naturezas; o cuando la profesión se asume como servicio de la profesión médica.*

Em trabalho realizado junto a um hospital universitário, encontrei dados semelhantes, ou seja, os trabalhadores de enfermagem daquela instituição também relacionam a organização do trabalho à realização da tarefa em si, demonstrando o quanto o modelo taylorista ainda está presente, principalmente por ressaltarem a relação tempo e movimento. Em depoimentos colhidos no referido estudo, os trabalhadores referem à organização do trabalho como sendo *Metas que projetamos a executar dia-a-dia. [...] Fazer tudo corretamente dentro do tempo previsto* (GELBCKE, 2002, p. 218). Isto me faz pensar na necessidade de se avançar na discussão desta temática junto à categoria profissional, nos diferentes aspectos relacionados à organização, quer sobre modelos, quer sobre as repercussões desta na vida e na saúde do trabalhador.

Esta relação com a eficiência, com o fazer, está também relacionada ao que se espera do trabalhador na sociedade atual: eficiência, agilidade, produtividade, aspectos estes presentes no cotidiano de trabalho da enfermagem. Busca-se o trabalhador mais ágil, que se comprometa em realizar bem o trabalho técnico; que realize as técnicas de enfermagem com precisão, mesmo que de forma robotizada, esquecendo, algumas vezes, que realiza a técnica num outro ser humano, que sente dor, medo e que, por vezes, precisa mais de alguém que lhe dê um sorriso, um aperto de mão, que lhe faça um carinho, do que simplesmente um trabalhador que execute uma técnica.

A qualidade e a quantidade do trabalho, em muitos momentos, é o que impera, em detrimento também da satisfação do trabalhador. Estes aspectos não perpassam apenas à enfermagem, estão presentes também em outras profissões.

Morin (2001), em pesquisa realizada junto a administradores e estudantes de administração, constatou que é importante que o trabalho seja organizado de forma eficiente, conduzindo a resultados úteis, gastando-se energia de maneira rentável. Diz esta autora que

a maneira como os indivíduos trabalham e o que produzem têm um impacto sobre o que pensam e na maneira como percebem sua liberdade e sua independência [...] que a organização das tarefas e das atividades torne-se favorável à eficiência e que os objetivos visados, assim como os resultados esperados, sejam claros e significativos para as pessoas que o realizam (MORIN, 2001, p. 16).

Desta forma, é importante aliar à eficiência, os objetivos, mas também a satisfação do trabalhador com o seu trabalho.

Neste sentido, metas, planeamento, método são aspectos apontados, principalmente pelos enfermeiros, acerca do que seja organização do trabalho:

É determinar metas no início do trabalho, do dia ... (TS 3).

Organização também com a participação do método (TS 5).

É quando existe um planeamento anteriormente [...] realmente tendo por trás a metodologia, tu consegues ter a organização do trabalho (TS 6).

Porém, diferentemente de algumas outras profissões, a nossa profissão lida com vidas, portanto, tudo deve estar organizado, no lugar, principalmente para as emergências, para aquilo que não foi previsto. Assim, organização do trabalho é:

[...] ter tudo em mãos, estar preparado para situações que possam ocorrer, principalmente na área que a gente trabalha, que é uma área imprevista a todo o momento, é ter a rotina, e durante a rotina outras coisas aparecem, os imprevistos, estando preparado, organizado até para estes imprevistos que aparecem (TM 5).

Mas também é necessário que se tenha condições de trabalho, para que o trabalho seja realizado a contento, portanto, ao serem questionados acerca do que é organização do trabalho, estes aspectos também aparecem, tanto no que se refere a pessoal, quanto a material. Desta forma, organização implica em ter condições de execução, e, mais uma vez, a concepção de organização está relacionada à atividade em si, ao fazer, este executado pelos trabalhadores de nível médio, e é na fala destes que esta concepção aparece.

Quando a instituição oferece condições para a gente ter organização e quando eu também me organizo aqui dentro (TM 7).

É tu chegares e ter condições para tu trabalhares, um número de funcionários mais ou menos razoável, o que tu vais precisar para o paciente, a medicação certa, porque esta história de tu ires na farmácia procurar, que não faltasse roupa ... (TM 12).

Que tenha condições de trabalho, um setor que tenha tudo, tudo ... (TM 19).

A organização seria a melhor funcionalidade das instituições em si, o material, mesmo o pessoal que está reduzido (TM 20).

Porém, organização do trabalho não está apenas relacionada à atividade em si, mas também às relações de trabalho, que nascem de relações sociais de produção, as quais constituem a interação entre os diferentes agentes sociais que, muitas vezes, ocupam posições

complementares e similares, como a relação entre os diferentes trabalhadores que estão em posições opostas e complementares no processo produtivo, tais como trabalhadores e empregadores. Estas relações que se estabelecem no interior das organizações, e que fazem parte da organização do trabalho, sofrem influência de variáveis internas do próprio ambiente organizacional, bem como de variáveis externas, da própria sociedade.

Há, portanto, que se pensar nas relações interpessoais e hierárquicas, ao se discutir a organização do trabalho. Estas relações aparecem também na fala dos trabalhadores.

Eu acho que é a equipe se dar bem, cada um fazer a sua função, a sua tarefa, hum! É, não ter assim dificuldades de relacionamento, porque isso prejudica muito, muito, até demais, a gente não sabe quanto uma pessoa prejudica não estando no ritmo certo da ala. Isso eu acho que prejudica todo um trabalho realmente ... (TM 11).

Começando pela equipe, eu acho que deve haver colaboração dos colegas da equipe de trabalho, a interação, não é? A interação dos colegas, partindo daí então, a gente parte para o bem comum, o objetivo que é o paciente, então, começando pelos colegas, para a gente se organizar primeiro (TM 15).

Organização do trabalho seria a dinâmica das atividades, de interação das atividades, de pessoal, do setor (TS 5).

A intersubjetividade está presente de forma significativa na organização do trabalho, sendo determinada pelas relações sociais que se estabelecem. Isto ocorre, porque o sujeito trabalhador

pensa sua relação com o trabalho, produz interpretações de sua situação e de suas condições, socializa essas últimas em atos intersubjetivos, reage e organiza-se mentalmente, afetiva e fisicamente, em função de suas interpretações, age, enfim, sobre o próprio processo de trabalho e traz uma contribuição à construção e evolução das relações sociais de trabalho (DEJOURS e ABDOUCHELI, 1994, p. 140).

A organização do trabalho tem, portanto, um papel de destaque na vida do trabalhador, tanto pelo modo como o próprio trabalho é realizado, quanto pelas inter-relações que se estabelecem, ou seja, a organização do trabalho aparece como uma relação intersubjetiva e uma relação social. Desta forma, não se pode pensar na organização do trabalho só de forma técnica, da forma como o trabalho é operado. Esta organização é técnica, mas passa, também, por uma integração humana, que a modifica e lhe dá sua forma concreta. *Forma que se caracteriza essencialmente por sua evolutividade, em função de homens concretos, de coletivos, da história local e do tempo* (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 138).

A forma como a instituição está organizada, quer relacionada à realização da atividade em si, quer relacionada às relações interpessoais e de poder levam tanto ao desgaste, quanto ao prazer e satisfação. Afirmam Lima Júnior e Ésther (2001, p. 24) que *sofrimento e prazer são provenientes da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, são produtos dessa dinâmica, das relações subjetivas e de poder, das condutas e ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho.*

Na enfermagem, a forma como o trabalho se encontra organizado não dá espaço para que o sujeito trabalhador reflita sobre seu trabalho, suas alegrias, tristezas, prazer e mesmo o sofrimento, tampouco para sentir-se enquanto sujeito humano.

Diz Leopardi (1999, p. 173) que *a pausa do trabalho é importante para a liberdade, porque é quando refletimos, concebemos a continuidade, sentimos reverência, sentimos o mundo.* Parece não haver espaço para a pausa no mundo do trabalho, porque se houver, a alienação será menos flagrante e os trabalhadores pensarão mais em seus direitos enquanto cidadãos.

Este pensamento é corroborado por Gonzales (2000, p. 151), que afirma que

um trabalho contínuo, como no caso da enfermagem, exige que, no momento imediato a uma sensação qualquer, esta seja apagada para poder ser sentida mais tarde, quando sobrar tempo, como se isto fosse possível de ser feito sem interferir no sentimento ou sensação. É preciso ter descontinuidades, encontrar os respiradouros, momentos em que se pode refletir, ter contato consigo mesmo, para não perder as características de humanidade, justamente porque este trabalho é com seres humanos.

Além disto, pela característica de trabalhar com o ser humano, e com aspectos relacionados ao sofrimento humano, o trabalho da enfermagem também se reflete em sofrimento, pois não é nada agradável deparar-se com a dor e a morte alheias. Há sentimentos e ansiedades profundos e intensos que os trabalhadores de saúde, entre os quais os de enfermagem, enfrentam em sua rotina de trabalho. Estas questões serão tratadas ao longo deste estudo, porém destaco aqui como a organização tem interferido neste processo de desgaste, quer pela impossibilidade do trabalhador manifestar sua subjetividade, quer por ter que se comprometer com a instituição que lhe consome, tornando-se o trabalho a principal referência do indivíduo.

Apesar de cada instituição ter sua singularidade, de uma forma geral, posso afirmar que, nas instituições de saúde, entre elas as relacionadas ao meu estudo, há traços significativos do modelo taylorista, funcionalista e burocrático de gestão, sendo que o desgaste do trabalhador

se faz presente, principalmente pelo fato de não poder manifestar sua subjetividade e criatividade, como apontado anteriormente. De acordo com Cecílio (1999, p. 318), existem certas regularidades presentes nas organizações de saúde, destacando-se

o forte poder médico traduzido em sua autonomia e na sua acentuada capacidade de impor disciplinas no hospital; a linha de mando fortemente hierarquizada da enfermagem, mas também estratégias de resistência dos subalternos, verdadeiras 'linhas de fuga' ao poder instituído.

Ao caracterizar as instituições estudadas, detectei, principalmente na instituição privada, um predomínio de autoridade racional e legal, uma rígida hierarquia vertical, com uma sistemática divisão do trabalho, além de normas, rotinas, regulamentos, que conduzem o trabalhador de enfermagem a um processo de rotinização e padronização, de alienação, impedindo qualquer movimento de mudança. Existe, desta forma, uma passividade coletiva, que, para alguns estudiosos, é conseqüência da falta de perspectivas alternativas, tanto econômicas, quanto sociais e políticas. Dejours (1999) afirma que as possibilidades de uma mobilização estariam ligadas mais a uma reação contra o intolerável, do que propriamente ação voltada à busca de felicidade.

Desta forma, é justamente a falta de mobilização coletiva que possibilita *os estragos psicológicos e sociais*, determinando o *desenvolvimento da tolerância à injustiça* (DEJOURS, 1999, p.24). Em função desta “tolerância à injustiça”, é que mesmo com a adoção de modelos de gestão que interferem nas relações de trabalho, na exigência excessiva de qualidade sem oferecer as condições para tal (ainda que se deva primar por esta qualidade), gerando desgaste e sofrimento ao trabalhador, não há uma mobilização coletiva concomitante, não há reação a injustiças.

Na instituição pública, a hierarquia, a verticalização das linhas de mando, a divisão do trabalho se fazem presentes, ou seja, mantém-se o modelo taylorista, fayolista e burocrático, porém com algumas iniciativas que permitem alguma participação dos trabalhadores. Há algum processo de reação, protagonizado pelos movimentos de greve, de adesão a um determinado movimento nacional da categoria.

Estas diferentes formas de participação e reação dos trabalhadores têm relação com a forma de inserção dos mesmos no mercado de trabalho, já que o setor privado tem como instrumento legal de controle dos trabalhadores a CLT, que arregimenta o processo de imobilismo dos trabalhadores, que não têm neste instrumento legal uma forma de beneficiá-

los, mas sim aos seus patrões. Já o setor público, apesar de todo o controle do Estado, principalmente com a implantação do modelo neoliberal, tem uma legislação que possibilita “alguma” forma de reação mais coletiva, principalmente em decorrência da estabilidade no emprego.

Aliados ao modelo de organização do trabalho nas instituições estudadas e a legislação pertinente a estas, encontrei também outros fatores externos, como a precarização do trabalho, o medo de desemprego, fazendo com que os trabalhadores permaneçam “amordaçados”, influenciando em sua forma de desgaste. Estes aspectos serão tratados na categoria relacionada com as questões estruturais, descritas a seguir.

5.2 Aspectos estruturais – possibilidades e limites de resistência no atual quadro político, econômico e social

A enfermagem é uma profissão inserida num contexto político, econômico e social, sofrendo, portanto, influência direta destes aspectos, não apenas no que se refere a questões legais, mas sobremaneira, da política econômica adotada no país, no início dos anos 90. Também, as transformações que têm se dado no mundo do trabalho repercutem na enfermagem. Estes aspectos se manifestam nos trabalhadores como medo do desemprego, submissão a jornadas extensas de trabalho, baixos padrões salariais, entre outros.

Estas são questões que discorro nesta categoria e que, de certa forma, confirmam a hipótese de estudo, de que os aspectos estruturais aparecem menos no discurso dos trabalhadores de enfermagem, ao apontarem seu processo de desgaste físico e psíquico. Acredito que, apesar do forte significado desta categoria, ela ainda aparece como algo distante aos trabalhadores, que mesmo passando pela precarização da vida, de um modo geral, precarização esta decorrente da conjuntura política, econômica e social, acabam meio anestesiados, como que assumindo um mecanismo de defesa, colocando aspectos estruturais longe do seu cotidiano. Talvez porque se sintam impotentes frente à atual conjuntura, pelo modelo econômico adotado no país, que tem como um dos seus resultados mais imediatos o desemprego, o sub-emprego e a precarização das relações de trabalho.

Na análise desta categoria, duas foram as sub-categorias que surgiram: a **conjuntura política e econômica**, na qual aparece de forma mais significativa a questão da influência do modelo neoliberal, gerando repercussões da conjuntura na política de pessoal, que compõe um

descriptor desta subcategoria, na qual são analisados: o duplo vínculo, a necessidade de trabalhar, de ter uma dupla jornada em função dos baixos salários; e **a política de saúde** – características do setor público e privado, no qual vislumbra-se como o modelo de saúde adotado no país, muitas vezes, restringe a tomada de decisão dos trabalhadores, nos seus diferentes níveis de atuação.

5.2.1 Conjuntura político-econômica

O mundo do trabalho passa por diferentes transformações, em função da crise do modelo fordista de organização do trabalho, a qual se instala no final da década de 60, rompendo com o período de prosperidade econômica do capitalismo instituído até então. Autores como Antunes (1995 e 2001), Cattani (1996), Carvalho Neto (2001), Pires (1998) e Soares (1999 e 2000), têm discutido sobre as repercussões desta crise global do modelo social de acumulação, que tem gerado tentativas de resolução a partir de transformações estruturais, abrindo espaço para o retorno ao liberalismo, denominado agora de modelo neoliberal.

Este modelo inclui a informalidade no trabalho, com a flexibilização das relações de trabalho, o desemprego estrutural, o subemprego, o crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, a desproteção trabalhista e, no dizer de Soares (2000), conseqüentemente, uma “nova” pobreza.

Há, a partir do ajuste neoliberal, uma redefinição não só econômica, mas uma redefinição global do campo político-institucional e das próprias relações sociais.

Soares (2000, p.13) aponta, em síntese, as implicações desse novo modelo:

os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo.

No Brasil, se comparado à América Latina, o ajuste neoliberal tem uma entrada tardia, ocorrendo no final da década de 80, quando há um esgotamento do Estado Desenvolvimentista, gerado por uma crise financeira, decorrente de um crescente endividamento externo e interno, com a economia destruída pela hiperinflação, além da crise da autoridade governamental, a qual passava por uma crescente ausência de legitimidade. Soares (2000) e Carvalho Neto (2001) colocam que foi com a eleição do governo Collor, que

significou uma ruptura com trinta anos de autoritarismo, decorrente do regime militar e da ausência de eleições em nível federal, que se inicia o ajuste neoliberal, o qual assume contornos mais nítidos em meados dos anos 90, com o lançamento do Plano Real e as eleições de Fernando Henrique Cardoso. O previsto no modelo neoliberal para os países periféricos, como no caso brasileiro, foi implementado a contento: abertura da economia ao mercado internacional, o que produziu falência de muitas indústrias; desestatização, levando à privatização de ramos importantes (energia elétrica, telecomunicações, entre outros); bem como forte contenção dos gastos públicos, provocando um dismantelamento de programas sociais, muitos em pleno funcionamento e com coberturas razoáveis, além do agravamento do desemprego e da exclusão social.

Todas estas conseqüências do modelo neoliberal, *podem ser traduzidas na degradação que se amplia, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para a valorização do capital* (ANTUNES, 2001, p.15), que repercutem no ser, no fazer, no sentir da classe trabalhadora. Desta forma, há também reflexos desta crise na subjetividade dos trabalhadores, ou como diz Antunes (1995 e 2001), na classe que vive do trabalho, crise esta representada pela alteração nas relações de trabalho, nos processos coletivos de negociação, bem como na objetificação do trabalhador pelo capital, ou seja, o trabalhador perde sua identidade em nome do trabalho, da empresa, do capital. Vende não só a sua força de trabalho, vende sua consciência, aliena-se ou se deixa alienar, em nome de se manter no mercado de trabalho.

É neste sentido que esta crise, que parece distante do nosso cotidiano, que parece estar limitada ao centro político e econômico do país, faz-se refletir, quando os trabalhadores de enfermagem manifestam seus medos e suas incertezas frente ao mundo do trabalho, apontando também as dificuldades atuais de inserção no mercado de trabalho. Isto tem relação com as estratégias colocadas pelo modelo neoliberal, em que os trabalhadores têm sido contratados temporariamente ou subcontratados, por meio da terceirização.

Encontrei, na instituição privada, a condição de contratação de trabalhadores por tempo determinado (contratos para cobertura de folgas decorrentes de dissídio coletivo). Desta forma, alguns trabalhadores foram contratados por um período de três meses para esta cobertura, sendo que alguns destes, dependendo do seu desempenho, poderiam ficar na instituição, para suprir as vagas existentes.

Já no setor público, a situação encontrada refere-se aos subcontratos, ou seja, trabalhadores que foram contratados pela Secretaria de Saúde, por tempo indeterminado. Estes contratos finalizam com a realização de concursos públicos.

Estas questões aparecem na fala dos trabalhadores, tanto na instituição pública quanto na privada, na qual o medo do desemprego, de ser mandado embora, de ficar fora do mercado de trabalho, diante do contexto atual, sobressaem-se. Estas manifestações ocorrem de forma diferenciada, pois na instituição privada há a necessidade de mostrar a diferença para manter-se no emprego, já no setor público, isto se manifesta com os trabalhadores contratados, os quais têm que se submeter a concurso público e, conseqüentemente, serem aprovados para continuarem empregados.

Quando a gente entra, a gente tem que mostrar além daquilo que a gente tem capacidade, para poder se identificar, se não a gente vai ficar como uma pessoa que não se identificou. Então, eu acho que de início, eu estou fazendo além daquilo que eu posso, além daquilo que o pessoal faz, para poder me identificar (TM 3).

Os trabalhadores têm de fazer a diferença para manter-se no emprego, para garantir o seu lugar, tendo em vista que o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e exigente, e busca, com diferentes formas, trabalhadores que se sobressaíam. Esta fala representa bem a necessidade do trabalhador fazer a diferença durante o período de substituição, do contrato temporário, buscando desta forma um lugar na instituição.

Este fazer a diferença se faz sentir também quanto às ameaças de demissão, ou seja, é necessário ser competente, não se pode errar ou reclamar, caso contrário, principalmente no setor privado, se é demitido.

Foram poucas as demissões, porque a gente não tem o hábito de demitir, mas tem que funcionar. Funciona, funciona; não funciona, é como a gente diz: desce a ladeira (TS 1).

Tu não podes reclamar muito, se reclamar muito eles te mandam embora. Estes dias, uma funcionária da emergência foi embora porque ela esqueceu de pedir o almoço do paciente. Este é um motivo para mandar embora, demitir um funcionário? A menina não errou, ela esqueceu (TM 7).

Na instituição pública, o medo do desemprego aparece quando da publicação de edital para concurso público, o que ocorreu durante o período de coleta de dados. Desta forma, há uma preocupação significativa, que se manifesta no dia a dia de trabalho, tanto nas conversas informais, quanto na preocupação em adquirir material acerca de tópicos que fazem parte do

conteúdo programático do concurso. Há, também, uma agitação permanente, decorrente da necessidade de ter que ser aprovado no concurso para poder continuar no trabalho.

Se a gente não passar no concurso, está todo mundo fora, todo mundo sem emprego (TM 17).

Carvalho Neto (2001) refere que uma das estratégias do modelo neoliberal é a contratação de trabalhadores temporários e a subcontratação ou terceirização, que têm sido muito utilizada pelas empresas. Estas estratégias, como se percebe, também são utilizadas no setor saúde, demonstrando o grau de precariedade que se instala também neste setor.

Vale destacar, no entanto, que mesmo com toda a competitividade que aparece no mercado de trabalho, há uma solidariedade entre os trabalhadores, no sentido de compartilhar materiais, discutir os temas, estabelecendo uma rede de cooperação, que é própria do ser humano, que mesmo frente às adversidades, busca na solidariedade, na ética, na compaixão, formas de fortalecimento de si e dos outros. Até porque há uma práxis social e política, em que são estabelecidas conexões entre a vida cotidiana e o mundo do trabalho, a qual não está descolada das diferentes dimensões do ser social. Neste sentido, afirma Antunes (2001, p.170) que

*As conexões existentes entre as ações práticas e histórico-ontológicas e as esferas mais autênticas da generacidade humana – como a ética, a filosofia, a arte, a ciência, as formas superiores da práxis sócio-cultural - , encontram-se na **heterogeneidade da vida cotidiana**, em suas ações imediatas e espontâneas, a sua **base ontológica**, constituindo-se, conseqüentemente, no ponto de partida do processo de humanização do ser social (destaques do autor).*

Além da precarização do trabalho, com as contratações temporárias e subcontratações, encontrei também dados que apontam as modificações do mercado de trabalho, a dificuldade de inserção neste mercado, que tem na diminuição dos postos de trabalho outra característica importante, ou seja, a questão do desemprego e da exclusão social, tão bem discutida por Cattani (1996), Forrester (1997), Soares (2000), e entre os trabalhadores também.

[...] se a gente lembrar num tempo atrás, que a gente podia escolher o local de trabalho, há nove anos atrás eu poderia escolher o local para trabalhar, escolher mesmo, sem me preocupar. Uma vez eu deixei de trabalhar no Estado, me convidaram para trabalhar no Hospital X. Queres, vamos? E eu disse: não, quero ficar aqui. E hoje não. Se eu sair daqui eu acho que é difícil, porque aqui no hospital isso não acontece. Então, nesta instituição não, mas na outra eu falei, porque eu sou meio bocudo, daí ele disse que eu estava errado, se não quisesse, tinha uns trezentos esperando. Então isso mexe com a gente. Então baixa o tom de voz...(TM 5).

Quanto à direção, eu acho que é submissa, às vezes, tu não podes falar o que tu sentes, neste ponto é assim, não tem direito de voz, tem que atender, senão, tem muitos precisando lá fora, e tem uma fila bem grande. E isso acaba sendo uma

ameaça também. É, também, é uma ameaça, sob pressão também, mas já se foi o tempo de se incomodar com isso, agora não, mesmo sendo direito, isso, mesmo que te chamem atenção, tu tens que seguir mais tranquilo, porque se tu ficar incomodado com tudo, tu não se movimenta (TM 10).

O que se percebe é que há uma forma de controle do trabalhador, do que este pode manifestar, e que repercute no seu processo de desgaste, em função da carga psicológica (pressão, subordinação), impedindo a manifestação de sua multidimensionalidade. É necessário cumprir a tarefa, o que é preconizado, não errar, porque não há outra chance. É não poder lutar por melhores condições de vida e trabalho, o que leva a um certo imobilismo da categoria, que é quebrado mais no setor público, pelos trabalhadores que têm maior estabilidade no emprego e que é impedido àqueles que são contratados.

[...] na época que teve greve eu entrei de cabeça, porque pelo menos é uma forma imediata de tu ver alguma coisa mudar no contexto de 7 anos, pelo menos no contexto federal, só que durante este movimento, a gente sentiu uma discriminação grande da parte de quem já ganhava muito menos, e que não estava fazendo nada e que também não pode, porque eles são contratados, vínculo empregatício deles é muito vulnerável, entende (TS 5).

Dejours (1999) aborda, com muita propriedade, esta questão do silêncio frente à atual conjuntura política e econômica, em que parece haver uma banalização da injustiça social, decorrente, principalmente, do medo de ser excluído, impedindo a manifestação dos trabalhadores, que passam a não ouvir, não enxergar, não falar. Isto me leva a pensar que os aspectos estruturais, decorrentes da conjuntura, interferem tanto na organização do trabalho, como também dos trabalhadores, conseqüentemente levando a um sofrimento psíquico, tão discutido por Dejours (1988, 1993, 1994, 1999). Além disto, o medo da exclusão poderia ser um dos fatores que estaria levando os trabalhadores a perceberem e mesmo identificarem menos os aspectos estruturais como desgastes no processo de trabalho.

Vale lembrar que há um certo imobilismo da categoria, identificado inclusive por um dos sujeitos da pesquisa, afirmando que poucas foram as conquistas nestes últimos anos.

É uma coisa que eu penso, eu penso de vez em quando, quando a gente fez faculdade, naquela época a gente nas aulas, principalmente em administração, e aquelas lideranças políticas, daquela época, colocavam as mesmíssimas coisas sobre carga de trabalho, salário, pouca gente para fazer muito, salário insuficiente, desvalorização da profissão. Então tem muita coisa que evoluiu neste tempo, mas estas coisas continuam intactas (TS 5).

Estes aspectos relacionados à carga horária, ao duplo vínculo gerados pela necessidade de trabalhar em função, principalmente, do salário, são aspectos que tratarei no que denominei como descritor desta sub-categoria, ou seja, repercussões da conjuntura na política de pessoal.

Estes aspectos, em meu entender, sofrem interferência direta da estrutura sócio-política e econômica.

5.2.1.1 Repercussões da conjuntura na política de pessoal

Várias têm sido as reformas implantadas no país e que repercutem diretamente sobre os trabalhadores de uma forma geral. Há um aumento do trabalho informal, os novos postos de trabalho criados são geralmente no setor de serviços, há um aumento da qualificação da mão de obra, bem como a flexibilidade das relações individuais de trabalho e uma ausência do Estado na regulação dos mercados de trabalho, aspectos já abordados anteriormente.

No Brasil, entre 1940 e 1980, o setor terciário cresceu de 23,72% para 45,7% da População Economicamente Ativa, sendo que as atividades ditas sociais (saúde, educação e atividades comunitárias) foram responsáveis por parte significativa deste incremento (PIRES; GELBCKE, 2001).

Quintana (2000) afirma que, nos países latino-americanos, observa-se uma diminuição da expansão do emprego público no setor saúde, porém ainda é o Estado o maior responsável pela contratação da força de trabalho. Isto pode ser visualizado pelos dados que indicam que, no Brasil, no setor saúde, não tem ocorrido uma retração do emprego nos últimos anos, decorrente, principalmente da política de saúde adotada no país, com a contratação de um contingente significativo de trabalhadores pelo poder público, ou seja, ocorreu, nos anos 90, a contratação de 145.000 “Agentes Comunitários de Saúde” e perto de 10.000 equipes do “Programa de Saúde da Família” - PSF (equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além dos agentes comunitários); bem como a expansão do emprego nos municípios brasileiros, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aliado a este crescimento do setor público, houve também um crescimento do setor privado em saúde, representado pelas clínicas especializadas e clínicas e serviços para exames diagnósticos (CORDEIRO, 2001; PIRES; GELBCKE, 2001).

Se, por um lado, encontra-se a expansão dos postos de trabalho, por outro, há uma precarização do trabalho em saúde, com um grande contingente de trabalhadores não qualificados e submetidos a baixos salários (como, por exemplo, os agentes comunitários de saúde), bem como a flexibilização das relações de trabalho, em que os trabalhadores são

contratados no período de vigência de determinado programa (por exemplo – PSF, ou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), em que os profissionais até percebem salários mais altos, porém não têm os mesmos direitos dos trabalhadores efetivos, além da própria instabilidade no emprego.

Aliado a estes fatores de precarização das relações de trabalho, encontra-se, na área da saúde, e em especial na enfermagem, trabalhadores submetidos a duplos vínculos, aumentando as já extensas jornadas de trabalho, isto em função dos baixos salários que são pagos à categoria.

Os trabalhadores de enfermagem, há muito tempo, têm lutado por um piso salarial, bem como pela redução da jornada de trabalho para 30 horas, conquistas que considero imprescindíveis para que os trabalhadores da enfermagem possam ter garantidas melhores condições de vida e trabalho, diminuindo, conseqüentemente, o desgaste físico e psíquico a que estão expostos.

Lange *et al.* (2000) apontam que, na América Latina, identificam-se certas condições de trabalho, que afetam a realização de uma assistência de qualidade, bem como a própria satisfação dos trabalhadores de enfermagem. Entre estas condições, destacam: o múltiplo emprego, a sobrecarga de trabalho, as longas jornadas de trabalho, muitas vezes decorrentes de horas extras e duplos turnos, a falta de incentivo e reconhecimentos para a formação e aprimoramento técnico-científico do profissional, os escassos programas de educação continuada, a falta de padrões para avaliação de desempenho e da qualidade de assistência de enfermagem, além do favoritismo e relações humanas inadequadas que limitam o trabalho em equipe da enfermagem.

Várias destas questões apareceram nos dados, as quais serão analisadas posteriormente, sendo que me detenho, neste momento, na análise da repercussão dos aspectos relacionados ao duplo vínculo, à jornada de trabalho e ao piso salarial.

Em algumas instituições públicas, entre elas a que faz parte desta pesquisa, houve a redução da jornada de trabalho, porém esta redução não foi acompanhada de uma legislação, ou seja, há sempre uma incerteza acerca das 30 horas semanais. Não se pode deixar de pensar que esta não seja uma conquista, mesmo que ainda não respaldada legalmente, mas que traz implicações para a profissão. Primeiramente, há uma questão ética, já que os trabalhadores são contratados para realizar uma jornada de 40 horas semanais e realizam, na prática, de 30 a 36 horas semanais. Acompanha esta questão a não contratação de trabalhadores para suprir as

necessidades decorrentes da diminuição da jornada de trabalho, ou seja, faz-se o mesmo, cotidianamente, com um número menor de trabalhadores, gerando uma sobrecarga significativa de trabalho.

Tentativas para redução efetiva da jornada de trabalho foram empreendidas pela categoria, tendo a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) participado ativamente deste processo. A legislação pertinente à jornada de trabalho e piso salarial tramitou na Câmara dos Deputados, porém, em função de pressões, principalmente da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, não foi aprovada. Atualmente, tramita na Câmara o Projeto de Lei 2.295/00, que determina que a duração da jornada de trabalho da enfermagem não deve exceder a seis horas diárias e 30 horas semanais (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SC, 2001). Salienta-se, ainda, que a Federação Nacional dos Enfermeiros, com o apoio da ABEn, lançou, em dezembro de 2001, uma campanha nacional de valorização da profissão, tendo como eixos norteadores a aprovação da jornada de 30 horas, piso salarial digno, melhores condições de trabalho e defesa do SUS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001).

Antunes (2001) lembra que a luta pela redução da jornada de trabalho é uma das mais importantes reivindicações do mundo do trabalho, principalmente por significar uma forma de contrapor-se à extração de sobretrabalho, desde o início do capitalismo, com a revolução industrial, até os dias de hoje, com a acumulação flexível da era do toyotismo e do avanço do aparato informacional. Apoiado em Marx, Antunes refere que a redução da jornada de trabalho tem sido central na luta dos trabalhadores, sendo a condição preliminar para a vida emancipada.

Se, de um lado, o setor público conseguiu conquistas práticas no sentido de redução da jornada de trabalho, por outro, o setor privado mantém, de acordo com o previsto na CLT, uma jornada de 44 horas semanais, o que representa um desgaste grande, como se percebe nas falas a seguir:

[...] eu também penso que teria que diminuir a carga horária de trabalho, que é extremamente cansativa, o nosso é 44 horas, e mesmo assim é muito, muito, é o limite máximo, muitas vezes a gente vê o sol nascer aqui dentro e vê o sol se por aqui dentro (TS 1).

A carga horária, eu acho pesadíssima. É demais, é demais. É estressante, final de semana, quando tu trabalhas, tu não podes programar, tu nunca podes viajar, tu não podes ir para uma festa tranqüila, porque no outro dia tu tens que trabalhar ou tu estás trabalhando naquele dia, então tu tens que trocar plantão, fazer uma

madrugada, então eu acho demais a carga horária. Estressa, estressa (TM 8).

[...] a maioria prefere folga, porque com essa carga horária, folga é mais importante que dinheiro (TM 9).

[...] aqui eu acho que para os técnicos, o pessoal do nível médio, meu Deus, eles trabalham todo o final de semana, eu acho isto um absurdo, todo final de semana, eles não podem viajar nunca, uma pessoa que tem a família fora não pode (TS 4).

A redução da carga horária no setor privado significa diminuir lucros, pois haveria necessidade de contratação de pessoal, embora já haja um menor número de trabalhadores por unidade, como se pode perceber nos quadros apresentados anteriormente. Aliado a isto, há o entendimento de dirigentes, de que esta diminuição não significa a redução efetiva da carga horária, já que o trabalhador acaba tendo mais um vínculo empregatício. É o que afirma um dos diretores da instituição privada pesquisada, quando da apresentação preliminar dos dados, na qual apontava as lutas da categoria por redução da jornada de trabalho e piso salarial.

Lutar por redução da carga horária para obter um terceiro vínculo não é o caminho (Diretor técnico da instituição privada).

Na verdade, ninguém trabalha em mais de um local só porque quer, porque isto lhe dá prazer. As condições salariais colocadas para a categoria é que determinam o duplo vínculo. Por isso, reafirmo que a enfermagem tem que lutar, sim, pela redução da jornada de trabalho, aliada à luta pelo piso salarial, pois somente a redução da jornada não interferirá no desgaste gerado pelo duplo vínculo empregatício. Esta necessidade de trabalhar para buscar melhores condições de vida, é expresso pelos sujeitos da pesquisa.

[...] eu não paro dentro de casa durante o dia, sábado e domingo, nada, minha família acha, minha esposa, assim, fica cobrando, tu não paras, tu não paras. Mas é a única forma de tentar sobreviver no mercado, se não trabalhar dobrado tu não vais conseguir nada (TM 3).

A instituição em si não tem culpa disso, porque ela faz o que se manda, às 44 hs, o problema é que se for depender do salário que a gente ganha num só, daí não tem como se manter. [...] Porque a gente sabe o que é trabalhar em dois empregos, eu já tentei várias vezes sair de um, mas o salário não permite (TM 5).

[...] que eu faço isto, é uma questão sócio-econômica. Ou você trabalha, porque tem um monte de atribuições para você tocar, eu, por exemplo, pelo menos eu tenho assim, este mês coincidiu que eu tive aula nos dois colégios, então foi corrido [...] mas minha esposa entende o seguinte, que para dar conta de minhas atribuições, para a minha condição de vida, seria ótimo que a enfermagem pagasse mais, mas ela paga muito mal, então eu tenho que correr atrás da máquina, neste sentido, é por aí (TS 7).

Em relação ao duplo vínculo, destaca-se que a Constituição Federal, aprovada em 1988, impedia a acumulação de cargos no serviço público, exceto para professores e médicos. A proibição de acumulação de cargos, expressa no art. 37, incisos XVI e XVII, refere-se a *empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público* (BRASIL, 1999).

Visando suprir esta distorção da legislação, em 2001 foi aprovada a emenda constitucional nº 34, que permite aos profissionais da área da saúde que exercem atividade regulamentada, acumularem dois empregos no serviço público (BRASIL, 2001). Esta emenda constitucional regulamenta o que na prática já vinha acontecendo com os contratos informais, porém mantendo a expropriação da vida do trabalhador, que tem que se sujeitar (mesmo que legalmente amparado) ao duplo vínculo empregatício.

Na verdade, isto não minimiza o desgaste do trabalhador, muito pelo contrário, legitima uma situação de risco, tendo em vista as condições de trabalho da maioria dos profissionais da área da saúde. No entanto, permite que o trabalhador busque mais de um vínculo empregatício, por meio de concurso público, minimizando o desgaste provocado pela flexibilidade e instabilidade de contratos temporários ou subcontratos.

Na instituição pública pesquisada, apesar de realizarem 30 horas semanais, assumem o duplo vínculo na própria instituição, por meio do que é denominado hora-plantão, para a qual são remunerados, podendo realizar até 60 horas mensais. Esta hora-plantão representa uma forma de suprir a falta de mão-de-obra, com menos recurso, já que o Estado paga pela hora-plantão, 50% do valor da hora trabalhada. Além da sobrecarga decorrente da dupla jornada de trabalho, alguns trabalhadores realizam hora-plantão em seu nome e em nome de outro colega, em função da remuneração. Muitos foram os momentos em que me disseram: *hoje eu sou fulano, estou trabalhando em nome dele*. Esta é uma questão delicada, que envolve inclusive aspectos éticos, pois na escala consta determinado trabalhador, mas na prática outro realiza o trabalho.

A hora-plantão representa um aumento no salário, porém muitos trabalhadores, em função deste horário, fazem jornadas de trabalho de 12 até 24 horas seguidas, mesmo que a instituição não permita, legalmente, esta sobrecarga. Muitos trabalhadores dizem que preferem ficar 24 horas na instituição, para que possam folgar depois. Há, portanto, um duplo desgaste, decorrente da sua própria jornada e do cumprimento das horas plantão, sem o tempo

necessário para o descanso. Também a realização da hora-plantão é expressa como uma necessidade, tanto do trabalhador, como da própria instituição.

Tu trabalhas 30 hs aqui, de segunda a sexta-feira e sempre fiz 60 hs de plantão, para ganhar mais, às vezes no noturno, às vezes no diurno, às vezes completando as 6 diárias, nunca me vi na situação de não fazer estas 60 hs, e acredito que se eu não fizesse também ia ter falta de enfermeiro, querendo ou não esta escala (TS 6).

É muito plantão, porque fazer hora plantão pega muito final de semana, além dos plantões normais, pega mais dois, pelo menos, acaba prejudicando (TM 13).

A hora plantão, é porque às vezes a gente precisa, né, mas que é cansativo é. Quando faz hora plantão, sempre faz 24 ou não? É assim, só quando a gente troca ou quando a gente faz hora plantão noturno. No meu caso, que eu faço hora plantão no meu nome e no nome de outra pessoa, eu trabalho dois dias sim e um não. Agora se eu troco, eu fico 5 dias trabalhando direto (TM 16).

No Brasil, segundo estimativas do Conselho Federal de Enfermagem, dos 800 mil profissionais de enfermagem existentes no país, 70% possui mais de um emprego (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002). Esta situação se reflete também nas instituições estudadas, pois dos trabalhadores entrevistados, na instituição pública, 57% têm vínculo empregatício em outra instituição ou fazem hora-plantão, sendo que, na instituição privada, somente 36% têm outro vínculo empregatício, dos quais 21% com vínculo empregatício em instituições públicas, que realizam de 30 a 36 horas semanais. Se, por um lado, a jornada de trabalho de 30 horas é uma reivindicação antiga da categoria, por outro, a conquista desta tem aumentado a sobrecarga de trabalho, já que os trabalhadores de enfermagem buscam, de diferentes formas, como duplo vínculo, hora-plantão, atendimentos domiciliares, suprir a defasagem salarial. Portanto, mais uma vez, parece que a redução da jornada de trabalho, necessariamente deve ser acompanhada por um piso salarial digno, que possibilite ao trabalhador suprir as suas necessidades, pois, caso contrário, continuaremos a conviver com esta situação conflituosa para a profissão, que leva os trabalhadores a trabalharem para viver, como bem lembra Marx (1979, p. 17)

*[...] la fuerza de trabajo en acción, el trabajo mismo, es la propia actividad vital del obrero, la manifestación misma de su vida. Y esta **actividad vital** la vende a otro para asegurarse los **medios de vida** necesarios. Es decir, su actividad vital no es para él más que un medio para poder existir. Trabaja para vivir. El obrero ni siquiera considera el trabajo parte de su vida; para él es más bien un sacrificio de su vida [...] Lo que produce para sí mismo es el **salario** (grifos do autor)*

Matos (2002), em estudo num hospital universitário da região sul do Brasil, também constatou que a redução da jornada de trabalho possibilitou aos trabalhadores de enfermagem

da instituição, procurarem outro vínculo empregatício, que se, por um lado, como diz a autora, é considerado positivo, no sentido de aumento da renda, por outro se mostra negativo, tendo em vista que o trabalhador, hoje, está trabalhando 60 horas semanais ou mais, expondo-se, às cargas de trabalho próprias da profissão, gerando um desgaste físico e psíquico. Lembra, ainda esta mesma autora, que estes mesmos trabalhadores *esqueceram suas motivações para a redução da jornada de trabalho, impondo a si agora muito mais exploração, muito mais tempo de trabalho* (MATOS, 2002, p. 88).

Aliado a esta questão do maior tempo de trabalho e de exploração, muitos vivem em situação semelhante ou pior do que quando trabalhavam 40 horas semanais, até porque os salários dos trabalhadores, de uma maneira geral, têm sido achatados nos últimos anos. Acresce-se, ainda, o fato de que o duplo vínculo também interfere no poder de intervenção da classe trabalhadora, no sentido das lutas coletivas, pois não há tempo para o exercício da cidadania, em função do tempo do trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem, tal como os demais trabalhadores, devem, portanto, continuar lutando pela redução da jornada de trabalho, no sentido de conquistar uma vida emancipada, com tempo livre para o lazer, para a vida privada. No entanto, concordo com Antunes (2001), que reduzir a jornada de trabalho, necessariamente não significa reduzir o tempo de trabalho, pois muitas vezes ocorre a redução do tempo de trabalho, porém com a intensificação das atividades anteriormente realizadas no mesmo período de tempo. Desta forma, lutar pela redução da jornada de trabalho implica em lutar pelo controle e redução do que Antunes (2001) denomina de tempo opressivo de trabalho, já que a redução formal do horário de trabalho pode, e na prática tem sido desta forma, corresponder a um aumento real do tempo de trabalho despendido durante determinado período. Isto tem ocorrido em boa parte das instituições de saúde em que a jornada de trabalho foi reduzida, pois não houve contratação de pessoal, para suprir as necessidades relativas ao desenvolvimento das atividades previstas em cada jornada de trabalho. Esta questão relacionada ao déficit de pessoal é algo sentido pelos trabalhadores, principalmente na instituição pública, em que houve a redução da jornada de trabalho, porém sem contratação de pessoal que dê suporte a esta redução.

Eu acho que uma coisa que desgasta, que acabaria com o desgaste, seria contratar mais funcionários, porque três para dar banho [...] (TM 18).

[...] nós estamos trabalhando com deficiência de pessoal, isto a gerente sabe, todo

mundo sabe. Porque? Porque nós estamos esperando que venha o concurso, que venha funcionário, tal, e realmente, mesmo com o concurso eles não vão conseguir suprir o número de funcionários (TS 7).

[...] nós somos verdadeiros milagreiros, porque trabalhar com o número de funcionários que nós temos, fazer tudo o que nós fazemos, ter o fluxo de cirurgias que nós temos, tocar 600 doentes numa emergência, num hospital como esse aqui? Isso é milagre. Isso é milagre (TS 7).

Frente aos impasses trazidos, hoje, pelo modelo neoliberal, com a flexibilização das relações de trabalho, com o desemprego, com a exclusão social e os reflexos destes na vida dos trabalhadores, há que se pensar na redução da jornada de trabalho, na conquista do piso salarial para a categoria, e também no direito ao trabalho, direito este que passa pela conquista de condições dignas de trabalho, inclusive com tempo livre, permitindo ao trabalhador o exercício de sua cidadania, com menos tempo individual dedicado ao trabalho e maior tempo social, possibilitando, desta forma, que o indivíduo possa exercer seu papel no sentido de estruturar a tessitura social.

Neste sentido, concordo com Antunes (2001, p. 177), ao afirmar que

*Uma vida cheia de sentido em todas as esferas do ser social, dada pela **omnilateralidade humana**, somente poderá efetivar-se por meio da demolição das barreiras existentes entre **tempo de trabalho e tempo de não-trabalho**, de modo que, a partir de uma **atividade vital** cheia de sentido, autodeterminada, **para além da divisão hierárquica que subordina o trabalho ao capital hoje vigente** e, portanto, sob bases inteiramente novas, possa se desenvolver uma nova sociabilidade. Uma sociabilidade tecida por **indivíduos** (homens e mulheres) **sociais e livremente associados**, na qual ética, arte, filosofia, tempo verdadeiramente livre e ócio, em conformidade com as aspirações mais autênticas, suscitadas no interior da vida cotidiana, possibilitem as condições para a efetivação da identidade entre indivíduo e gênero humano, na multilateralidade de suas dimensões. (grifos do autor)*

É buscando, portanto, conjugar o tempo de trabalho, com o tempo do não trabalho, liberdade e necessidade, que o trabalhador poderá humanizar-se e se emancipar em seu sentido mais pleno (ANTUNES, 2001). Desta forma, também, diminuirá os impactos do trabalho no seu processo de desgaste.

5.2.2 Política de saúde – características do setor público e privado

O setor saúde, como colocado anteriormente, sofre impactos do ajuste da política neoliberal, que tem no desmantelamento do setor público social um dos seus pilares

importantes. Mas este dismantelamento não ocorreu de forma linear, tendo seu maior impacto e concretização na década de 90, como descrevo sinteticamente.

No final da década de 70, a classe trabalhadora não suportava mais a situação de opressão e exploração e passou a exigir a democratização do país. Este espaço permitiu denunciar o estado de falência da previdência social, devido às fraudes na arrecadação e à corrupção na burocracia do Estado.

Neste período, reabre no Brasil o debate no setor saúde. Há propostas de reorganização deste setor, como o Prev-Saúde, prevendo a extensão de cobertura dos serviços de saúde a toda a população, bem como a elaboração de um plano de reorganização da previdência, pelo Conselho Consultivo da Administração Previdenciária – CONASP. O plano CONASP desdobra-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS), que, entre outros pontos, previa a extensão de cobertura, integração dos serviços de saúde, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, além da participação da população, significando uma tentativa de reverter a tendência de privatização da assistência à saúde.

Com o enfraquecimento do regime militar na década de 80 e a pressão do movimento popular em relação à democratização do país, o que ocorreu em 84, quando foi escolhido Tancredo Neves por um colégio eleitoral, determinando a transição do governo militar para um governo civil, após 21 anos de regime militar, visando a redemocratização do país.

Apesar da retomada do governo pelo poder civil, a década de 80 é considerada por estudiosos, como a década perdida, na qual a fragilidade da economia, aliada ao aumento das desigualdades sociais decorrentes da diminuição dos investimentos na área social, associado ainda à revolução tecnológica imposta pelo processo de globalização, produz uma separação crescente entre crescimento econômico (neste período em fase descendente) e a geração de novos postos de trabalho. No dizer de Cohn (1998, p. 4) *rompe-se, assim, o padrão brasileiro tradicional de regulação social via integração e subordinação da sociedade através do trabalho e dos direitos trabalhistas e sociais a ele vinculados*. Este período, embora marcado pelo traço conservador da política, apontou para a universalidade dos direitos sociais, sendo o Estado responsável por prover e produzir tais direitos.

Neste sentido, tem papel fundamental o Congresso Constituinte, que conclui a Nova Constituição brasileira em fins de 1988, consagrando os direitos sociais universais e equânimes, apesar de não distinguir claramente o Estado provedor e o Estado produtor, em relação aos serviços sociais básicos (COHN, 1998). Durante o processo de elaboração da

Constituição, ocorreram discussões intensas entre grupos que representavam a classe dominante e grupos que representavam as classes menos privilegiadas. Formaram-se vários “lobbies” em torno do Congresso Constituinte.

A nova Constituição, reflexo desta luta pela manutenção do sistema vigente, por um lado, e de mudanças do sistema, por outro, apresentou avanços e retrocessos em relação à constituição anterior, fruto deste conflito de interesses.

Na área da saúde, cresceu o movimento sanitário no país, a partir de 1983, fortalecendo-se, a partir de 1985, durante a fase de transição da nova república. Cargos foram ocupados nos escalões de governo, por suas lideranças, na tentativa de preencher espaços e implantar as mudanças necessárias ao setor. O marco desta fase foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, da qual participaram diversos segmentos interessados em mudanças do setor saúde. Estiveram ausentes deste processo de discussão, no entanto, as instituições do setor privado, as quais formaram um “lobbie” que pressionou os constituintes para que o Estado continuasse financiando o setor privado. Apesar desta pressão, no texto constitucional aprovado, as instituições particulares têm atuação como complementares ao sistema, já que as instituições públicas não atendiam as necessidades de demanda do setor saúde.

A partir da VIII CNS, a saúde passou a ser entendida num contexto mais abrangente, como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, estando, portanto, relacionada às formas de organização social da produção que, entre outros, pode gerar desigualdades nos níveis de vida. Saúde passa a ser considerada um direito, devendo ser garantida pelo Estado (CORDEIRO, 2001).

É instituído, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como diretrizes gerais: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo, b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, c) participação da comunidade. Este tripé, formado pela descentralização, participação social e atendimento integral, constitui a base de sustentação do SUS, e, para tanto, cria-se um arcabouço legal, de *decretos, portarias e normas emanados das três esferas de governo e voltado para a implementação da descentralização do sistema de saúde e para imprimir maior racionalidade aos serviços públicos de saúde* (ELIAS, 1999, p. 113).

Vale destacar que, no período entre 1994 e 2001, ocorreram alterações significativas no processo de reformulação do sistema de saúde, com a radicalização de algumas diretrizes e a introdução de novas concepções, determinadas pelas agências multilaterais para os países em desenvolvimento.

A descentralização da saúde, uma das reivindicações do movimento sanitário, é implementada muito mais pelo seu componente racionalizador do que pela possibilidade de democratização das ações nas instâncias municipais. A tão almejada descentralização ocorreu apenas na execução, mantendo-se a centralização da União no que se refere à coordenação e regulação do SUS (ELIAS, 1999).

Estes aspectos relacionados à política de saúde são sentidos pelos trabalhadores, que muitas vezes vêm-se impotentes frente às necessidades da população, cada vez mais desassistida com o sucateamento do setor, com a falta de pessoal e material, e com a impossibilidade de tomadas de decisão, em função do modelo burocrático que ainda impera na gestão dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atuação, claramente expresso nas falas dos entrevistados.

Neste sentido, a gente também se sente impotente porque existe um serviço público, uma escala hierárquica infinita. Então, tu vais te degladiar com o chefe da farmácia, tu vai te degladiar com o chefe do almoxarifado, sendo que eles também não têm poder para resolver, aí eles não vão se degladiar com a hierarquia superior porque eles não tem intimidade, na casa aqui tem, para tentar resolver isso, dá para chorar, aquela coisa [...] Então, o problema começa com uma pressão embaixo que vai se diluindo, então quando chega no órgão decisivo para resolver, já não chega com força, então a gente fica naquelas coisas assim insolúveis, sempre (TS 5).

Olha, digo para ti, que eu sei que ela (a gerente) tem vontade de mudar bastante coisa, mas eu acho que a secretaria não dá acesso, ou o diretor do hospital não dá acesso, ou não tem verba, mas [...] Emperra na máquina, eu acho que já começa lá de cima (TM 17).

O sucateamento do setor, principalmente nos últimos anos, reflete-se no dia a dia dos trabalhadores, quer relacionado à política de material, quer relacionado à política de pessoal. De acordo com Noronha e Soares (2001, p.448), *a ausência de investimento, traço marcante dessa década de ajuste, também atingiu de maneira dramática o setor saúde*. Os recursos do governo federal são irrisórios e destinados, geralmente, a reequipar a rede pública existente, de forma parcial. Outros recursos dependem de empréstimos externos (principalmente do Banco Mundial), sendo as prioridades definidas por estes (NORONHA; SOARES, 2001).

Olha, nosso hospital está muito precário, a gente sabe que é um hospital do SUS, basicamente, que não entra outros recursos [...] então existe uma carência bastante,

hoje, atualmente, apesar de que a gente saber que os hospitais agonizam (TM 15).

Se existe dinheiro governamental para a saúde? Então quer dizer, eu tive a grata satisfação de participar daquilo que era o INAMPS. [...] Caminhão lotado, vinha de tudo, tudo para o funcionalismo, nós tínhamos material mesmo. Hoje, com esta questão de SUS, é muito bonitinho no papel, mas não funciona mesmo, esta é a minha visão (TS 7).

Esta questão da centralização se faz sentir não só na falta de material e de pessoal, mas nas limitações do modelo de gestão, no qual os cargos ainda são indicados, impedindo uma maior participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão, inclusive no que se refere àqueles que dirigem a instituição. Não que esta questão de eleições ocorresse antes do processo de descentralização, mas é um indicativo de mudança, em algumas instituições públicas de saúde, que têm adotado modelos mais participativos de gestão, algumas com eleição para cargos de chefia, outras com gestão colegiada, da qual fazem parte trabalhadores de diferentes níveis, bem como usuários dos serviços (CECÍLIO, 1999; MATOS, 2002).

[...] [gerente de enfermagem] é um cargo de confiança do diretor, o diretor vai dar em cima, eu não sei, de repente se a gente fizesse um abaixo assinado, mandasse para o secretário de saúde, que ele baixasse um decreto para fazer eleições nos hospitais, poderia surgir (TS 7).

Eu gostaria de dizer que a direção do hospital está articulada a partido, teria que ser menos, chego a dizer, meu Deus, se for PFL, tal, se for PMDB, tal, se for [...] aí chega o secretário, manda um paciente com a cartinha do secretário, para dar uma força aí, sei o que lá, isso é uma coisa que. (TS 7).

Mas eu vejo, em outros hospitais é eleição direta, todo mundo vota, aqui elas ganham o poder, todo mundo tem medo de perder o poder. O diretor tem medo de perder o poder, a gerente tem medo de perder o poder, a chefe do setor tem medo, todo mundo tem medo. Ninguém votou no diretor, foi o governador que mandou, ninguém votou nele, ninguém sabia que ele ia ser o diretor. Eu acho que é isso que influencia, que eles não querem perder (TM 12).

Esta é uma questão a ser enfrentada pelas instituições públicas, no sentido de legitimar o exercício dos cargos de chefia, mas, acima de tudo, de possibilitar ao trabalhador uma participação mais efetiva na instituição, o que representará também satisfação no trabalho, diminuindo, conseqüentemente, o desgaste do trabalhador, que se perceberá mais ativo, responsável, solidário e sujeito da história institucional, diminuindo, desta forma, a alienação do trabalhador.

Neste sentido, concordo com Cecílio (1999, p. 321), quando afirma que

qualquer modelo de gestão de pretensão democrática, assentado na idéia da criação de sujeitos coletivos, deva se ocupar do desmonte não apenas das linhas verticais de mando, mas dessa verdadeira trama de relações de poder que se tecem

em todas as direções, sem correspondência necessária na hierarquia formal, por exemplo, ao nível de equipe.

Em relação à política de pessoal, as reformas no setor saúde visaram a redução do pessoal e a contenção de gastos com a remuneração destes, além da desqualificação da força de trabalho. As medidas da reforma constituíram-se na transferência de pessoal para prestação de serviços em unidades descentralizadas, tanto no âmbito estadual (serviços que foram estadualizados) quanto municipal (serviços municipalizados), mantendo, no entanto, a sua vinculação (federal ou estadual), aumentando, desta forma, as distorções funcionais crônicas das instituições de saúde. Aumentam os conflitos e discriminações entre o pessoal municipal, estadual e federal, decorrente de critérios diferenciados relacionados aos benefícios, salários, incentivos, entre outros (CORDEIRO, 2001). Este processo de descentralização, da mesma forma que afetou os trabalhadores, afetou a própria organização das instituições, com incompatibilidades, por vezes, dos próprios organogramas, gerando conflitos relacionados aos cargos e funções.

Isto aí é política salarial, por exemplo, eles estavam para ganhar 3 parcelas de 6% de aumento, a primeira ganharam, a segunda não ganharam porque o governador disse que não tinha arrecadação suficiente. Esta semana, a semana passada saiu que o crescimento do Estado, em relação à arrecadação foi de 19% anuais, ultrapassando a faixa nacional de arrecadação, que foi de 14%. Pô, porque este pessoal não foi aumentado ainda? Às vezes eu nem comento muito, porque eu não sei se é interessante politizar o pessoal, ou então nem falar, porque se falar eles ficam mais revoltados ainda (TS 5).

Esta história da chefia nós estamos mudando agora, inclusive mudando agora, porque a função da sub-gerente e a função da chefia são iguais. No organograma vai ficar agora a gerente e a sub-gerente, sem a chefia, vai ficar todas as unidades com sub-gerente. É porque este organograma foi adaptado da secretaria. Por exemplo, a chefe da emergência, não era uma chefia, era uma sub-gerente, que fazia a mesma função das outras, então algumas unidades tinham uma sub-gerente, outras unidades tinham uma chefia de seção. Isto aí foi um erro, porque quando o hospital passou do INAMPS para o Estado, deveriam ter sido revistas algumas situações, daí o organograma ficou, os cargos ficaram mau definidos (TS 2).

Na instituição pública estudada, os conflitos gerados pelo processo de estadualização se complexificam, ainda, em decorrência da terceirização de alguns serviços (escrituração, no caso específico deste estudo; e também limpeza e segurança). Isto se reflete no dia a dia, na forma como os trabalhadores se sentem inseridos na instituição.

Quando eu trabalhei lá embaixo, que eu estava na zeladoria, agora eu corro mais para o lado de cá, eles costumam dizer que são “os grandão”, porque tem, tem essa divisão, existe, esta divisão existe, infelizmente existe, não é todo mundo igual, da firma é mais desvalorizado, é verdade (TM 19).

[...] 30 horas semanais para todos, menos para os terceirizados, que são 44. Na enfermagem nós temos administrativos terceirizados, não todos, alguns administrativos e já dá uma diferença enorme, porque assim, eles fazem o mesmo trabalho, ganham menos, com uma carga horária maior. Mesmo ele sabendo que ele é funcionário de empresa terceirizada, que ele segue o regime da empresa, ele dentro do Hospital se sente discriminado (TS 2).

Chamou a atenção, ainda, no que se refere aos serviços públicos, uma certa apatia frente à situação de deteriorização dos serviços públicos, refletindo-se no que alguns estudiosos têm denominado como banalização da dor e sofrimento (DEJOURS, 1999; SÁ, 2001). Afirma Sá (2001, p. 154) que

a crescente ‘banalização’ da dor e do sofrimento alheios no setor saúde se manifesta na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre os profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde. O saldo desse processo não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes desnecessárias (grifos do autor).

Estaria esta incapacidade gerada pela conjuntura, impedindo que os profissionais de saúde se solidarizassem com a dor e o sofrimento alheios, ou seria esta uma forma de se proteger, frente às ameaças de privatização, que se traduzem nas incertezas quanto às possibilidades de sobrevivência e manutenção, ou à situação de impotência colocada hoje pelo sistema, que além dos poucos recursos, leva também às desigualdades de acesso? Esta banalização frente à dor e ao sofrimento foi também detectada nas falas a seguir.

[...] sempre aquela coisa e muitos dependentes que vem, que ficam, que os médicos não mandam embora, como tem paciente aqui que é caso social, que não é mais problema nosso (TM 12).

Hoje, uma paciente que está aí há uns 4 meses, se não está mais, veio dizer que não quer passar o natal em casa porque a filha vai para a praia nas festas, e nós vamos ter que agüentar ela aqui. E daí não é mais problema nosso, se a filha dela vai para a praia (TM 12).

Trabalhar com a dor, com o sofrimento, com o corpo do outro não é algo fácil. Também este trabalho contínuo, rotineiro, que muitas vezes aliena e amortiza o trabalhador, que passa a ver o outro como algo e não como um ser humano, que necessita de cuidados, é algo freqüente na enfermagem, mas nem por isso pode ser motivo desta banalização da dor e do sofrimento alheios. Neste sentido, concordo com Sá (2001), que afirma que há necessidade, hoje, de se reconhecer à dimensão humana nos processos organizacionais, destacando que este trabalhador tem, na sua dimensão humana, desejos, afetos, pulsão, sonhos, fantasias,

prazer e sofrimento. Portanto, a organização do trabalho deve compreender espaços de manifestação integral da subjetividade, incluído neste o poder de criação e de autonomia.

Se, por um lado, a instituição pública apresenta limites decorrentes da política de saúde, do sucateamento do setor, da insuficiência de pessoal e de material, repercutindo no fazer e no sentir do trabalhador, a instituição privada também tem outros aspectos que levam ao desgaste do trabalhador, em decorrência da conjuntura política e econômica.

Um destes fatores é a própria estabilidade no emprego, que no setor público é mais estável e no privado mais vulnerável. Os dados do nosso estudo apontam bem esta questão, quando analisamos, por exemplo, o tempo de serviço na instituição. Na pública, a maioria dos trabalhadores (70%) encontra-se na instituição há mais de cinco anos, sendo que apenas 7% há menos de um ano e 21% entre um e três anos. Já na instituição privada, estes dados se invertem. A maioria encontra-se na instituição há menos de três anos (36% há menos de um ano e 36% entre um e três anos) e apenas 28% há mais de cinco anos.

Além disto, nos últimos anos, assistiu-se a um desmonte do setor público e um crescimento do setor privado, representando a mercantilização da saúde e o descompromisso do Estado com a manutenção dos preceitos constitucionais de saúde como direito de todos e dever do Estado.

E o que representou este aumento do setor privado? Significou a piora das condições de trabalho, representadas, principalmente, pelos baixos salários, jornadas extensas, precarização e flexibilização das relações de trabalho, aspectos estes já discutidos anteriormente. Significou, também, um aumento do controle, tanto interno (da instituição), no que se refere aos gastos, às faltas, entre outros, quanto externo (dos usuários), não porque exigem um trabalho de qualidade, o que deve ser um princípio no setor saúde, independente de ser público ou privado, mas exigem, neste caso, porque pagam. Vale destacar que o controle é algo necessário, principalmente o controle por parte dos usuários, mas este controle tem repercutido no fazer do trabalhador, que se sente constantemente ameaçado, principalmente no que se refere às demissões. Além disto, este controle excessivo mantém o trabalhador em constante vigilância, devendo estar sempre atento.

Associado ao controle, tem-se, principalmente nas instituições privadas, incluindo a contida neste estudo, os modelos gerenciais pautados na qualidade total, em que impera a eficiência a qualquer preço e a necessidade do trabalhador de ter que ser o melhor, para

manter-se vivo dentro do sistema, gerando o que Sá (2001), baseada em Freud, chama de “mal-estar organizacional”.

[...] num hospital privado, a nossa maior preocupação é registrar tudo para o convênio e justificar, porque mais o convênio faz é glosar conta por não estar lá um abocath a mais que foi usado, porque tem que justificar o porque de mais um abocath e daí tem que registrar tudo (TS 1).

[...] você tem que explicar tudo, às vezes em dobro, você tem que explicar para o paciente, para cada membro da família que chega, pois parece que hoje em dia também não há uma boa comunicação entre a família, às vezes a própria comunicação entre paciente e médico, mas é você que está ali no meio e assim sobra muita coisa para a enfermagem, a enfermagem que tem que justificar, ainda mais o nosso que é um hospital privado, onde entra o fator econômico junto, a família já se preocupa com este fator econômico, a família já exige uma explicação maior a respeito, porque está sendo usado isto, porque o paciente está demorando neste processo de internação (TS 1).

Não importa se tu és competente ou não, importa é tu agradar o doente (TM 7).

O fator econômico se sobrepõe, tanto para a família, que exerce controle porque paga, quanto para a instituição, que prega a racionalidade, a diminuição dos gastos, do tempo, da vida do trabalhador. É a instituição imperando sobre a organização do trabalho e as relações nela contidas.

E vejo também assim, limita um pouco o desperdício, tem funcionário que vai lá e pega seis pacotes de gaze, que eu vejo que não vai ser necessário, do mesmo jeito, vai para o quarto de um paciente contaminado, tem que ser desprezado (TS 3).

Em associação a estes fatores, há dificuldades apresentadas pelos usuários oriundos do SUS. Apesar dos hospitais filantrópicos serem preferencialmente escolhidos pelo SUS para o estabelecimento de convênios, visando o atendimento de demanda que não é absorvida pelas próprias instituições públicas, observa-se que estas instituições, respaldadas pela necessidade de se manterem, privilegiam o atendimento aos usuários particulares ou oriundos de convênios de saúde. Isto também foi notado na instituição estudada, em que há dificuldades em relação ao acompanhamento de familiares de usuários do SUS ou de convênios que não paguem por este serviço, além da própria dificuldade com a marcação de exames, por exemplo. Há um privilegiamento do privado com o privado, ou seja, a instituição encaminha preferencialmente os usuários às clínicas privadas, o que respalda o aumento deste setor, como já afirmado anteriormente.

Do SUS a gente deixa assim, quando o paciente é paciente grave, quando a família solicita para que fique, daí a gente procura, mas que ele já entre com acompanhante, não. Até a questão da idade, a gente respeita. Como a gente tem muito paciente

UNIMED/IPESC, que não dá direito acompanhante, eu até acredito que é pior que o SUS, porque o SUS ainda tem a lei que ainda protege, a UNIMED/IPESC não, ela não dá esta abertura prá gente, mas **daí até por uma questão de filantropia, daí a gente concede, até por uma questão de humanização**, daí a família vem e a gente conversa (TS 1). (grifos meus)

Porque é SUS. Eu senti isso outro dia. Eu fui marcar na clínica x, eu nem sabia que lá fazia ultrassonografia, aí marcaram lá, e até chegar o dia, eu acho que marcaram errado, quem sabe vamos cancelar, eu senti assim que eles devem ter imaginado, é SUS, se fosse particular eles não iam marcar nunca. [...] É um jogo, que fazem essas clínicas, para diminuir o aluguel, ou qualquer coisa parecida, algum acordo que eles tem (TM 9).

Estes aspectos, principalmente no que se refere a “permitir” que a família acompanhe, não deixa de ser uma banalização frente à dor e sofrimento, ou seja, algo que tem sido encarado muito mais como filantropia, como “humanização”, como se este não fosse um direito do usuário do serviço. Aqui, a banalização representa o “eu ou ele”, o usuário, pois a permissão, concessão, é dada desde que o trabalhador não seja prejudicado. Seria esta uma banalização, um mecanismo de defesa, ou mesmo certa alienação decorrente do medo do desemprego, da exclusão social?

Também nas instituições privadas, mesmo com toda a lógica mercantilista que impera, há que se pensar na autonomia, no trabalhador manifestando sua subjetividade, buscando superar os aspectos estruturais, minimizando, desta forma, seu processo de desgaste.

Esta categoria de análise aponta várias questões já delineadas em estudos anteriores (ALVES, 1997, 2000; PIRES, 1998), principalmente no que se refere à jornada de trabalho, duplo vínculo, piso salarial, aspectos sempre destacados como condições de trabalho da enfermagem, mas não apontados como aspectos estruturais da organização do trabalho e responsáveis pelo desgaste do trabalhador, em todas as suas dimensões. Muito se fala destas condições de trabalho, mas até que ponto elas têm representado, ou mesmo influenciado, na banalização da dor ou sofrimento, tanto alheios, como do próprio trabalhador?

Além disto, o trabalhador, muitas vezes, não identifica estas questões, presentes no seu dia a dia, como aspectos ligados ao seu mundo do trabalho, ao seu fazer, mas como algo conjuntural, que o imobiliza, pois as mudanças parecem muito distantes do seu dia a dia. Este imobilismo ou mesmo alienação é decorrente do modelo de sociedade na qual estamos inseridos, que tem na expropriação do trabalhador, no lucro, no aumento do capital, o seu princípio fundamental.

Desta forma, pensar em desgaste do trabalhador e sua relação com a organização do trabalho, remetem, necessariamente, a pensar nesta estrutura conjuntural, no indivíduo que faz parte desta história, nesta classe que vive do trabalho e que, por meio do trabalho, pode alcançar uma vida emancipada. Neste sentido, concordo mais uma vez com Antunes (2001, p.175), quando afirma que *uma vida cheia de sentidos fora do trabalho supõe uma vida dotada de sentidos dentro do trabalho*, sendo que este trabalho, para realmente ter sentido, deve ser entendido em sua totalidade, incluindo, portanto, os aspectos estruturais.

5.3 Aspectos organizacionais - o fazer e o pensar: lados opostos de uma mesma moeda?

Pensar na enfermagem, na organização do trabalho, nos remete a questões complexas, como a divisão social do trabalho, em que o fazer e o pensar aparecem como lados opostos de uma mesma moeda. Mas será isto mesmo que ocorre no dia a dia? Será que este fazer é destituído de um pensar, de um saber próprio da profissão? Será que este saber surgiu do nada ou partiu da reflexão do cotidiano?

Estas são questões intrigantes e que causam desconforto na enfermagem, principalmente quando se pensa em novas formas de organização do trabalho, em superação das dicotomias, em um trabalho mais participativo, em equipe. E o que estas reflexões têm em comum com o nosso tema, com o desgaste do trabalhador?

Estas questões estão presentes no dia a dia dos profissionais de enfermagem, na forma como se organizam; no papel que desempenham em função da formação e do que a instituição espera deles; na divisão do trabalho, nos tempos e movimentos, tão ao estilo de Taylor e que se mantém na enfermagem; nas formas de controle, entre outros.

Ao analisar as instituições estudadas, constato pouca diferença na forma de organizar o trabalho, ou seja, há algo introjetado na profissão, que não se diferencia em instituições públicas ou privadas. Há a manutenção da divisão do trabalho, com a conseqüente divisão entre o saber e o fazer; há o fazer imbuído de um saber, porém nem sempre compartilhado entre a equipe e o próprio usuário; há formas de cuidar que vão da assistência funcional à integral, buscando superar, quem sabe, certa fragmentação da assistência e do próprio usuário do serviço; há o método da assistência, que ao não ser desenvolvido (como no caso da instituição pública) parece ser o fator que desencadeará a mudança pretendida; há o forte

papel do enfermeiro como coordenador da equipe, muitas vezes respondendo por esta, porém, sem consultá-la; há uma necessidade de formação, de educação continuada, como uma maneira, não só de atualização, mas de buscar uma maior aderência entre o pensar e o fazer; e há formas de controle, às vezes, explícitas em normas, às vezes, subliminares, como ameaças ou mesmo olhares.

Embora existam experiências inovadoras, no que se refere a sistemas de gestão, ou mesmo ferramentas gerenciais, aplicadas inclusive em algumas instituições de saúde, a organização do trabalho, nas instituições estudadas, como já apontado anteriormente, mantém os preceitos da organização científica do trabalho, com influência também do modelo de organização burocrática, com organogramas verticalizados, que dificultam ou mesmo impedem a participação mais efetiva dos trabalhadores.

No setor público, o modelo de gestão passa por alterações, principalmente com a implantação do SUS, tendo-se a descentralização como um dos preceitos básicos deste sistema, porém, ainda com um modelo centralizador, que dita as políticas assistenciais, muitas vezes sem considerar aspectos de regionalização. Também no que se refere à política de recursos humanos, há uma centralização de decisões, que passa pelas formas de contratação, até a qualificação destes profissionais. Esta centralização tem sido apontada como um fator impeditivo de alterações do modelo gerencial vigente. No entanto, Cecílio (1997 b, p. 304) aponta que a baixa autonomia das instituições de saúde, entre elas as hospitalares, decorrente das *amarras burocrático-administrativas*, principalmente no que se refere ao gerenciamento de recursos financeiros, de material e pessoal, pode ser contornada, sendo que as instituições devem buscar alternativas neste sentido. Este autor, ao discutir as questões de gerenciamento do setor público, aponta várias experiências em que modelos de gestão mais democráticos e participativos foram implementados, os quais, inclusive, encontraram saídas junto ao processo de implantação do SUS, pois com a delegação de gestão semiplena dos recursos para estados e municípios, há possibilidade de melhorar a autonomia das instituições, permitindo tomadas de decisão no que se refere tanto à política salarial complementar, como pequenos investimentos em obras. No entanto, a instituição pública estudada ainda se mantém limitada aos trâmites burocráticos da Secretaria de Estado da Saúde.

Já, no setor privado, em função da lógica mercantilista, as tomadas de decisão visam os lucros, em detrimento de decisões que beneficiem os trabalhadores. Há uma centralização das decisões nos patamares diretivos, sem maior participação de trabalhadores e usuários.

Estas questões presentes no cotidiano das instituições, repercutem na organização da enfermagem, e não estão desconectadas dos aspectos estruturais e relacionais e servem para justificar mesmo o modelo organizacional instituído. Nesta categoria, portanto, abordarei aspectos relacionados à **organização interna da enfermagem**, com a divisão social do trabalho, em que fazer e saber parecem sempre estar em lados opostos, divisão esta relacionada também à distribuição da força de trabalho, e o modelo assistencial implementado, que se alterna entre funcional e integral; **o papel do enfermeiro**, quer desenvolvendo atividades assistenciais (o cuidado), quer desenvolvendo atividades gerenciais ou de educação; **as condições de trabalho**, ou seja, a infra-estrutura em que o trabalho é desenvolvido (materiais, estrutura física, informatização, entre outros); **as formas de controle**, tanto institucionais, por meio de normas e rotinas, como pessoais, principalmente, por meio da autoridade do gerente; finalizando a análise da categoria, com reflexões acerca do **desgaste do trabalhador**, no qual os trabalhadores apontam os problemas de saúde mais comuns, bem como os locais procurados para a assistência.

Em relação ao desgaste, foi interessante perceber a dificuldade dos trabalhadores em apontar problemas de saúde, como que negando que o processo de trabalho gere desgaste, ou mesmo, dando a entender que este é um tema que eles não querem enfrentar, pois “ficar doente”, na atual conjuntura, não é permitido, principalmente na instituição privada.

Pude perceber o quanto é difícil dissociar os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, mas no cotidiano de trabalho, são principalmente os aspectos organizacionais os apontados pelos trabalhadores como aqueles relacionados ao processo de desgaste, destacando-se a divisão do trabalho, ou seja, a divisão das tarefas, algo muitas vezes rotineiro e que robotiza o trabalhador, bem como o desgaste provocado pela distribuição e mesmo falta de pessoal, gerando sobrecarga de trabalho, além das questões relacionadas às condições de trabalho.

Portanto, há que se pensar e buscar novas formas de organizar o trabalho, visando minimizar o processo de desgaste e, neste sentido, é de extrema importância a participação ativa e reflexiva do trabalhador de enfermagem.

5.3.1 Organização interna da enfermagem: distribuição de pessoal e divisão de tarefas

A organização do trabalho pode ser avaliada de acordo com a divisão do trabalho, ou seja, o que cabe a cada um dos trabalhadores, por meio de conteúdos explícita ou implicitamente específicos (trabalho prescrito e o trabalho real, conforme Dejours, 1994 e 1999), pelas normas e metas de produtividade e de disciplina interna, nas formas como ocorrem a admissão e demissão dos trabalhadores, os sistemas formais e informais de educação continuada, os turnos e jornadas de trabalho, as pausas, entre tantos outros aspectos.

E esta organização pode se referir a uma fábrica, uma escola ou uma instituição de saúde, tanto que, ao pensar na organização do trabalho da enfermagem, até posso compará-la ao trabalho de uma fábrica, com ilhas de produção (aos moldes da qualidade total), no caso da enfermagem, as unidades de internação, com trabalhadores de diferentes especialidades, realizando trabalhos fragmentados e complementares e com um capataz a coordená-los (papel este desempenhado geralmente pelos enfermeiros).

Talvez, por isso, na enfermagem, quando solicitei que os trabalhadores me descrevessem seu dia a dia de trabalho, não houve muita diferença entre as instituições pesquisadas, mesmo que, na instituição privada, o modelo assistencial esteja pautado na assistência integral e na instituição pública, este modelo tenha traços de assistência integral e funcional.

Há um fazer estabelecido, geralmente fracionado e rotineiro: passar plantão, preparar a medicação, ministrar a medicação, fazer a higiene e conforto, fazer os curativos e atender as campanhas, como se estivessem trabalhando sobre um objeto inerte.

Este fazer rotineiro tem relação com a forma de organização do trabalho, sendo que, para Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 352), a organização parcelar do trabalho fixa o trabalhador em uma etapa do processo terapêutico, sendo que este trabalho fracionado *faz com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente.* Afirmam, ainda, com o que concordo, que *se não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho.* De certa maneira, esta alienação repercute no fazer e no pensar do trabalhador, não só alienando-o do processo de

trabalho, mas retratando a banalização ao sofrimento alheio e ao seu próprio sofrimento e desgaste.

Nas instituições estudadas, há, nos manuais de enfermagem, as atribuições que cabem a cada um dos trabalhadores de enfermagem, de acordo com o nível de formação (enfermeiro, técnico, auxiliar, escriturário), sendo que, entre técnicos e auxiliares de enfermagem, estas atribuições praticamente não se diferenciam. Nestes manuais, tem-se o trabalho prescrito. Aos enfermeiros, nas duas instituições estudadas, cabe a supervisão e coordenação da assistência, a realização da sistematização da assistência (na instituição pública, apesar de não ter a sistematização da assistência ainda implementada, tal atribuição encontra-se presente no manual de atribuições), a realização de procedimentos mais complexos, o planejamento das atividades da unidade e a participação no planejamento das atividades de enfermagem da instituição, por meio de reuniões, todas atividades respaldadas na lei do exercício profissional. Ao pessoal de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) cabe a realização da assistência direta, cumprindo a prescrição médica e a de enfermagem, receber e passar o plantão, fazer reposição de material e medicamentos, comunicar as intercorrências ao enfermeiro, fazer as anotações nos prontuários, entre outros. Os escriturários são responsáveis pela parte mais burocrática, como controle dos prontuários, solicitação de material e medicamentos, marcação de exames. Em nenhuma das duas instituições há espaço previsto para o pessoal de nível médio participar de atividades de planejamento e tomadas de decisão, acentuando a divisão social e técnica do trabalho, bem como referendando ainda o modelo administrativo vigente, pautado na organização científica do trabalho e no modelo burocrático. Vale lembrar, que a maioria das abordagens administrativas tem como objetivo *disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica* e, para tanto, utiliza-se de padrões, normas, programas que definem o trabalho cotidiano dos sujeitos responsáveis por executar as ações (CAMPOS, 1998, p. 865).

É justamente este trabalho prescrito o mencionado pelos trabalhadores ao serem interrogados acerca do seu dia a dia, descrevendo-o como algo rotineiro e basicamente relacionado ao fazer, à técnica.

Eu chego no hospital e já sei tudo o que tenho que fazer. Primeiro: arrumar a roupa, segundo: começar a dar banho nos pacientes acamados, terceiro: ajudar a dar banho nos pacientes semi-dependentes, que precisam de auxílio no banho, depois é toda aquela rotina, arrumar toda a unidade, ver se tem material, fazer material que precisar, levar paciente para exame, levar paciente para passeio, é isso (TM 3).

Eu chego na unidade, acaba sendo um pouco rotina, eu chego na unidade o que é que eu faço, a primeira coisa é pegar o plantão, porque eu gosto de pegar o plantão de todos os pacientes (TS 4).

Ah! Eu esqueci de um detalhe, antes de começar os banhos eu verifiquei todas as pressões, para depois começar os banhos. Daí dava banho, já fazia os curativos, já deixava aquele pronto, já pegava outro, até chegar na última mulher (TM 12).

Eu chego, boto a bolsa no armário, pego a caneta, o lápis e a borracha, vou para o posto de enfermagem, se tiver alguma coisa para fazer, organizar o setor, primeiro lugar organizo o setor, organizo tudo, depois se tiver alguma medicação para pegar na farmácia, desço, levo, pego e depois subo, depois vou marcando exames (TM 14).

Eu chego, pego o plantão, depois eu dou uma passada nos quartos, aí tem que ver o que é mais prioritário, qual é o paciente que está precisando dos cuidados necessários, daí nós nos organizamos, a equipe se organiza e daí nós começamos a nossa empreitada, o nosso dia a dia. Começamos a organizar a roupa, pegamos todo o material que a gente vai utilizar, a roupa, o material de curativo, preparamos o carrinho e daí a gente vai para a enfermaria, nos paramentamos, também, pegamos avental, máscara, avaliamos a condição que está o paciente que a gente vai atuar, existem várias patologias, e daí a gente começa o trabalho, sempre dando prioridade para aquele paciente que tem mais necessidade. É, depois das 16:30 a gente já tem que se preparar para fazer as trocas novamente, já está quase no final do período. Então, esta é basicamente a nossa rotina diária (TM 15).

É importante destacar que, se por um lado, parece haver uma lógica do trabalho, uma organização mental, do tipo faço isto, depois faço aquilo, lógica esta que é necessária, há também um agir mecânico. Este trabalho rotineiro, considerado uma empreitada, parece realmente como numa indústria, cada um fazendo uma parte do trabalho, em que as atividades vão sendo realizadas - verificação dos sinais vitais, dar o banho, fazer o curativo, e assim vai se realizando o que foi delegado, o que foi prescrito, de usuário em usuário, até chegar ao último. Até porque o modelo taylorista, ainda presente nas instituições de saúde, leva a esta parcialização do trabalho.

Este agir mecânico ficou muito mais visível na instituição pública, em que o modelo assistencial mistura aspectos do trabalho funcional (um fica responsável pela medicação e nebulização de todos os usuários da unidade) e do trabalho integral (os demais ficam responsáveis pelos cuidados de higiene e conforto, curativos, fluidoterapia, sinais vitais e inclusive os registros), sendo que este tipo de modelo assistencial parece propiciar um certo distanciamento do trabalhador, em função da fragmentação do trabalho. Seria esta uma forma de minimizar o desgaste provocado pelas relações com o sujeito do cuidado? Seria um mecanismo de defesa? E os trabalhadores percebem esta fragmentação que os distancia dos usuários? Percebem que realizam algo mecanicamente?

Menzies (1994), ao estudar as técnicas defensivas utilizadas pelo serviço de enfermagem em relação à ansiedade, aponta que um dos fatores desencadeantes de ansiedade é a relação estabelecida entre profissional e usuário, sendo que o serviço de enfermagem assume a fragmentação do trabalho como uma estratégia de diminuir este contato. Esta fragmentação, no dizer de Menzies, também conduz a um distanciamento e negação de sentimentos em relação ao usuário, sendo que se incute nos trabalhadores o que denomina de distanciamento profissional.

Ao lado desta rotina do trabalho prescrito, os trabalhadores também apontam a sua quebra, deixando transparecer que há o trabalho prescrito e o trabalho real, e é justamente neste trabalho real que imprimem o seu ritmo, a sua criatividade, e mesmo um certo grau de autonomia.

Eu listo as medicações, eu tiro as medicações de horário, depois eu vou ver os procedimentos que tem prioridade, banho de leito, paciente dependente, medicação das 8:00 até às 12:00, depois os pacientes que precisam ser auxiliados nos cuidados, depois os pacientes independentes, que podem se ajudar, que, então, não são tão prioritários quanto os pacientes dependentes. Este é o meu dia-a-dia, e auxílio [...] a colega de trabalho que está precisando, não só fazendo o que me cabe, as minhas atribuições, mas se precisar arrumar isso, arrumar aquilo, eu faço, isso para mim é trabalhar em conjunto, é trabalhar em uma unidade. Este seria o meu dia-a-dia. Cada dia para mim é um dia diferente, nunca eu faço a mesma coisa, nunca eu consigo cair na rotina aqui, sempre tem uma coisa nova para fazer (TM 2).

É neste espaço entre o prescrito e o real que o trabalhador busca minimizar seu sofrimento. Dejours (1994, p. 28) afirma que *a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui*. E é no trabalho real, que o trabalhador ajusta o seu modo de trabalhar, transgredindo mesmo alguns procedimentos prescritos, buscando, desta forma, preencher e ultrapassar as insuficiências e impossibilidades colocadas pela organização prescrita do trabalho e, neste sentido, estabelece relações de confiança com os companheiros. Este trabalho real, que busca ultrapassar as insuficiências, se apresenta, por exemplo, quando os trabalhadores desenvolvem as atividades conjuntamente, mesmo quando o prescrito diz que cada trabalhador é responsável por determinado número de usuários. É necessário suprir as deficiências de pessoal, às vezes de material, buscando estratégias de realização do trabalho, com criatividade e inventividade, ajuda coletiva, estratégias que, no dizer de Dejours (1994, 1999), buscam, não eliminar o sofrimento, mas transformá-lo, beneficiando a identidade do trabalhador.

Desta forma, o sofrimento patogênico, decorrente do medo, da repetição, das pressões, pode ser substituído pelo sofrimento criador, no qual o trabalhador utiliza-se de margens de

liberdade para transformar o prescrito, sendo o trabalho real, inclusive, reconhecido pelas instâncias hierárquicas. Aproximar o trabalho prescrito do trabalho real, significa reconhecer o saber dos trabalhadores, o que gera efeitos positivos para a auto-estima, para a identidade e, conseqüentemente, para a saúde dos trabalhadores.

De manhã, durante os banhos, eles mesmos já vão dando tudo junto, agora eu vou te ajudar, às vezes até há troca, quando é um homem que está cuidando de uma mulher, às vezes eles até trocam, eles mesmos, então é assim. É uma coisa natural (TS 1).

Hoje eu estou nos cuidados. De manhã, o pessoal sempre se reúne, porque sempre tem bastante paciente com banho de leito, aí um ajuda o outro, um arruma as camas, os outros vão dando os banhos de leito, de manhã a gente chega, um vai para a medicação, outro vai para os sinais vitais, outro já vai fazendo as camas, para adiantar o serviço, depois terminando a gente faz a troca do soro, troca os equipamentos, tem muita dor, depois, troca os materiais, cada um é responsável por uma troca. Depois, cada um faz o relatório de seus pacientes (TM 16).

Esta forma de organização, que de certa maneira busca o compartilhar de atividades, mesmo que o manual de atribuições especifique a assistência integral ou funcional, a divisão interna dos trabalhadores acerca de quais usuários ficam sob seus cuidados foi quebrada na maior parte das vezes, sendo constatada nas observações. Este compartilhar é uma forma própria dos trabalhadores, é o trabalho real, inclusive reconhecido pelos enfermeiros. Neste sentido, o que se observa é que os trabalhadores efetivam o trabalho real, buscando principalmente suplantir a falta de pessoal.

Além da ambivalência entre a rotina e o novo, o diferente, há uma descrição diferenciada do fazer em relação às atribuições das categorias: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e escriturário, e na instituição privada, ainda há diferenças em relação ao que cabe ao “coringa”. Isto nos mostra a fragmentação do trabalho da enfermagem, de acordo com a categoria profissional, mesmo quando a assistência se diz “integral”.

Fica caracterizada a divisão do trabalho, também internamente, na equipe, no que se refere a quem cuida ou ‘faz’ assistência, e o coringa, que auxilia no que é necessário. Não há só uma divisão entre quem pensa e quem executa, há mais uma divisão entre as funções desempenhadas. Além disso, em algumas falas, fica clara a questão do taylorismo, do papel da gerência, que determina o que tem que ser feito, salientando deste modo à autoridade.

[...] fico à disposição da enfermeira. (TM 9)

Outro fator relacionado à organização, diz respeito à distribuição dos trabalhadores, quer nos turnos de trabalho, quer nos finais de semana e feriados.

Nas duas instituições estudadas, os trabalhadores apontam a falta de pessoal e mesmo a distribuição destes nos turnos de trabalho e finais de semana, como um dos fatores geradores de desgaste, pois há uma sobrecarga de trabalho decorrente do pequeno número de trabalhadores lotados nas unidades acompanhadas. Na instituição privada, há uma média de um trabalhador para cada seis a sete leitos (nas unidades observadas), os quais realizam assistência integral, sendo que, durante a semana, contam ainda com o trabalhador denominado “coringa”, como já descrito anteriormente, além da presença do enfermeiro e do escriturário, no turno diurno; no turno noturno o número de trabalhadores é de dois a três funcionários (também nas unidades observadas), mantendo-se a mesma proporção trabalhador/usuário. Na instituição pública, no turno diurno são quatro funcionários, para um total de 22 leitos, além do enfermeiro e escriturário e um maqueiro e no turno noturno trabalham três funcionários.

Eu acho que nós temos uma defasagem clara de funcionários. Eu peguei pelo COREN, um indivíduo não poderia assumir tantos pacientes assim, ele assume 10, 12 pacientes, então quer dizer, é muito paciente para uma pessoa só. É muita coisa para os pobrezinhos lá (TS 7).

[...] é cansativo para a gente, porque final de semana diminui muito o número de funcionários, ficamos só em duas, não tem escriturário. Então a gente tem que cuidar da parte de enfermagem, da parte burocrática, que é muito complicado, para nós mesmos, é muito, muito puxado (TM 1).

[...] olha, eu te digo uma coisa, até sobre a organização, já que teu trabalho é sobre isso, chega 6 horas, o macário não está mais, então a gente pega o paciente no centro cirúrgico, a gente precisa digitar a medicação, precisa ir até a farmácia pegar, tem aquela burocracia toda ... e não depende de começar mais cedo. [...] Então, quando eu trabalhava da uma às sete horas, este é o pior horário para mim, porque 5 e meia, 6 horas, baixa o furacão, eu digo, porque é todo mundo correndo dentro do hospital, todas as alas. E isto é muito estressante, porque ficam três funcionários depois das 6 horas, ficam estressados. Eu não agüentava, porque eu sou um poço de nervosismo, eu não transpareço, mas eu vi como é difícil (TM 8).

Domingo não tem escriturário, porque a gente está só em dois, a gente faz o serviço do escriturário, a gente faz o de oito horas, a gente faz o serviço da gente, faz o serviço da enfermeira, às vezes faz o serviço do médico, que o médico não vem prescrever, daí telefona para o médico que diz para gente: vá à emergência para o médico de lá prescrever. [...] então você acaba fazendo o serviço de todo mundo, puxando a responsabilidade para ti, aí sim, sobrecarrega um pouco, porque não há uma divisão no final de semana, com a divisão facilita, facilita muito, eu acho que a divisão é importante (TM5).

Nestas falas, pode-se observar como a forma de organização, de divisão de tarefas, de distribuição de pessoal, interfere no desgaste do trabalhador, que se vê pressionado a cumprir as tarefas em determinado período, muitas vezes acumulando funções, o que o estressa.

Observa-se, ainda, que a organização do trabalho, nas instituições estudadas, e provavelmente na maior parte das instituições de saúde, não busca fazer uma distribuição equitativa de pessoal, por exemplo, nos finais de semana e feriados. Na maioria das instituições, há uma diminuição do número de trabalhadores, como se o trabalho se modificasse durante estes dias, ou que os usuários exigissem menos cuidados. Na maior parte das instituições, não há escriturários nos finais de semana (na instituição privada estavam alocados dois escriturários, aos sábados, no turno matutino, para fazer a solicitação de medicação de todas as unidades, mas mais no sentido de cumprir a carga horária semanal, do que em função da necessidade do trabalho), há apenas supervisão por parte dos enfermeiros e um número mais reduzido de trabalhadores de enfermagem.

Penso que esta é uma situação a ser repensada, mesmo sabendo o que representa para o trabalhador ter que trabalhar nos finais de semana e o quanto é bom folgar nestes dias. Mas, o que representa o trabalho para aquele que está escalado e que sabe da sobrecarga que terá? Neste sentido, observa-se que o número de trabalhadores alocados não permite uma cobertura efetiva, ou seja, há uma sobrecarga de trabalho semanal e também nos finais de semana. Assim, por exemplo, como fazer o horário de folga de duas horas, que os trabalhadores da instituição privada têm direito? Será que este trabalhador realmente irá descansar, despreocupadamente, sabendo que seu companheiro de trabalho ficou com uma unidade lotada, com usuários graves? E se realmente descansa, não seria esta uma forma de banalização do sofrimento de seu companheiro, gerado pela sobrecarga de trabalho? E o fato de ter direito ao descanso e não poder gozar deste, também não é um fator de desgaste, de insatisfação, isto sem considerar aqui as condições de estrutura física para tal descanso?

Muitas destas interrogações não têm resposta neste estudo, mas penso que são questões a serem refletidas pela categoria, no sentido de uma avaliação mais profunda da forma como o trabalho vem sendo organizado, como tem sido distribuído e como pode ser reorganizado no sentido de minimizar o processo de desgaste do trabalhador, que não representa apenas um desgaste físico, em função da sobrecarga de trabalho, mas também um desgaste psíquico, gerado pelas cargas psíquicas de pressão, tensão, insatisfação.

5.3.1.1 *Modelo assistencial*

Em relação à organização interna da enfermagem, faz-se necessário refletir também acerca do modelo assistencial, em suas versões mais comuns, ou seja, de cuidado integral ou funcional, e como repercute no processo de desgaste dos trabalhadores. A lógica de implementação do modelo integral tem sido relacionada com a qualidade da assistência e os pressupostos de integralidade do sujeito do cuidado, aspectos discutidos na enfermagem.

Na instituição privada estudada, o modelo assistencial integral é implementado em todas as unidades, bem como nos diferentes turnos de trabalho. Os trabalhadores ficam responsáveis por seis a oito leitos, dependendo da unidade, executando os cuidados prescritos pelo corpo médico e pela enfermagem, bem como realizam as anotações de chegada dos usuários. De uma maneira geral, este modelo assistencial é bem aceito na instituição, apesar do desgaste, principalmente físico, apontado pelos trabalhadores de enfermagem, quando ficam responsáveis por um número significativo de usuários dependentes. O trabalho integral, na visão dos enfermeiros, também facilita a supervisão.

[...] o cuidado integral, tu cuidas do paciente como um todo, eu acho que até facilita. Se tivesse assim, um funcionário só na medicação e outro só nos sinais vitais e no banho, eu acho que o da medicação ia sair ganhando, porque têm muito mais cuidados, do que a própria medicação (TS 3).

[...] antigamente eu não gostava desses cuidados integrais, se alguém ficasse com a medicação, alguém com os sinais vitais, mas eu acho assim que, depois tu trabalhando, tu vendo, assim, cuidados integrais é uma parte importante, porque tu não vais cuidar da assistência do paciente do outro funcionário, eu não digo trocar uma fralda, atender uma campainha, ou fazer qualquer coisa, só que se tu tens um cuidado integral, se um médico vem te perguntar, tens cuidado daquele paciente, tu sabes o que ele tem (TM 10).

[...] porque como é cuidado integral, a gente já sabe quem foi que fez o problema (TS 1).

Observei, na instituição privada, que há uma ordem em relação ao rodízio dos leitos que não é quebrada, ou seja, o trabalho prescrito não é modificado, operando um tipo de ajuda que, no dizer dos trabalhadores, depende muito mais da disponibilidade individual. Não há uma divisão por complexidade de cuidados, mantendo-se o determinado: um trabalhador é responsabilizado por alguns quartos (1, 2, 3, por exemplo); outro trabalhador por outros quartos (4, 5, 6, por exemplo), sem uma interferência dos enfermeiros, no sentido de modificação desta divisão, de acordo com a complexidade da assistência, mesmo quando há excesso de atividades destinadas a um deles. A rotatividade de leitos é feita mensalmente, o

que significa que, se um trabalhador está com quatro usuários dependentes, ficará com eles até a alta ou óbito, trocando somente no próximo mês. A manutenção da ordem estabelecida é justificada pelos enfermeiros, como uma forma de diminuir o seu trabalho, no sentido de ter que organizar diariamente a divisão das atividades.

[...] se a gente fosse organizar o trabalho com distribuição por dia, isto seria mais um cansaço mental, porque tu terias que estar pensando, paciente por paciente para determinado funcionário, a maneira que está, a gente não vê tanta dificuldade (TS 3).

Se, por um lado, esta forma pode aliviar o trabalho do enfermeiro, o que seria aceitável, por outro, sobrecarrega os trabalhadores de nível médio, o que se torna extremamente questionável. Tais características de organização podem levar ao desgaste físico, em determinadas circunstâncias, porém, mais que isto, pode gerar um sofrimento psíquico intenso, por várias razões, tais como excesso de trabalho e responsabilidade além das capacidades, a ausência de um sentido de importância individual, falta de equidade, e outras.

Na instituição pública, o modelo assistencial, como apresentado anteriormente, está entre o modelo funcional e o integral (o que denominei modelo híbrido), pois um trabalhador é responsável pela medicação e nebulização (aos moldes da assistência funcional) e os demais trabalhadores são responsáveis pelos outros cuidados (modelo integral). Este modelo híbrido tem sido justificado, tanto pela gerência como pelos trabalhadores, como alternativa para suprir deficiências pela falta de pessoal.

Nós tentamos fazer uma assistência integral; até uma unidade, a cirúrgica masculina foi uma unidade piloto. O que aconteceu? Nós tínhamos pacientes, até 8 pacientes para um auxiliar ou técnico, porque auxiliar e técnico fazem a mesma coisa. Com a falta de funcionário, atestados, muitas vezes sem reposição, nós tínhamos que aumentar o número de pacientes por funcionário, e o que a gente começou a observar? A medicação precisa ser feita com muita concentração, tempo, cuidados. A gente via os funcionários correndo para o posto de enfermagem porque já estava na hora da medicação, eles não tinham terminado o banho, eles tinham que levar o paciente para o RX, e a gente começou a notar erros, ainda acontecem erros, mas assim, o fato dele não ter uma atividade exclusiva, como no caso da medicação, ele ter que fazer os cuidados de enfermagem, como higiene e conforto, e ainda a medicação, atrapalhava, atrapalhava muito (TS 2).

É, por exemplo, antes de haver esta separação entre clínica médica e cirúrgica, então, o 2º andar estava insustentável, porque a enfermeira achou que, colocou [...] cada profissional ficaria com cuidados integrais, que seria desde a medicação, até RX, mas só que isto aí funciona para setores pequenos [...] não para setores como o nosso, e daí levou ao desgaste. [...] Aí é que está a questão, ficava uma média de digamos, de 7 a 10 pacientes, não tem como. [...] É complicado, e daí eu comecei a me estressar e a ver que tinha um monte de coisa errada, que faziam um monte de coisa errada e eu comecei entrar em depressão (TM 15).

Antes a gente fez um sistema de que cada um ficava em cada quarto, fazia a medicação e a nebulização daquele quarto, não deu muito certo, porque tem funcionários que são responsáveis, outros já esqueciam, davam lá às 11 hs, ah! Esqueci a medicação das 10, na verdade acabava dando às 11. Aí então o colega tinha que ficar lembrando, ou fazer para ele. Eu, particularmente na medicação, eu acho mais certo, um na medicação e três lá fora. Na verdade, na clínica médica a gente precisava não de três lá fora, mas de quatro, porque é pesado, mas eu acho melhor assim, um na medicação e três lá fora (TM 17).

Vários são os aspectos a serem destacados nestas falas. Será que o cuidado integral realmente leva a maior desgaste do trabalhador em relação ao cuidado funcional? Há mais sobrecarga física, ou mental? Será que a qualificação profissional também é um impeditivo para o cuidado integral? Qual o preparo efetivo que tiveram estes trabalhadores para assumirem o cuidado integral? O cuidado funcional não leva o trabalhador a se alienar do processo como um todo? Esta forma de justificar o cuidado funcional não seria justamente um mecanismo de defesa, como refere Menzies (1994)? O cuidado funcional, além de distanciar o trabalhador do usuário, também não diminui a responsabilização com o cuidado? O controle sobre o trabalhador no cuidado integral não é maior, e desta forma o trabalhador prefere o cuidado funcional?

Na visão de alguns trabalhadores e dos enfermeiros, a assistência integral permite uma visão mais global da assistência e uma interação com o sujeito do cuidado e seu familiar, além de facilitar a própria supervisão da assistência. Há, no entanto, resistências à mudança do modelo assistencial na instituição pública, talvez em razão da experiência anterior que tiveram.

E nesta coisa da assistência aos pacientes dependentes, eles fazem em dupla. A assistência integral não impede, que eles poderiam trabalhar da mesma forma, só que aquele funcionário seria responsável pelos cinco pacientes, é melhor para o relatório, para a evolução da enfermagem e tudo é mais fácil. Isto fica muito complicado para a supervisão, tu acabas te dividindo na questão de visitar o paciente, tomar informações com o paciente, fazer exame físico, ler o prontuário e depois ir a cada funcionário para ver as informações, o que bate com a tua visita. [...] eles ficam mais orientados, acredito que fique mais dirigido, vêem o paciente como um todo. Só a questão da interação com o paciente e com o familiar já dá para o funcionário uma visão maior. Podes ver que quando tem paciente que está numa fase mais crítica, é o enfermeiro que fica mais perto do paciente. Eles ficam na função deles, realmente, sinais vitais, banho, se tiver que dar uma alimentação para o paciente, mas dos dados, algo mais profundo, de interação, da própria patologia do paciente, fica muito a desejar (TS 6).

É, eu sugeri, porque eu trabalhei uma época em outra instituição, era dividido por paciente, mas o pessoal experimentou e não deu, são os cuidados integrais, eu acho que seria mais fácil, assim, eu sei daquele meu paciente, eu sei tudo, eu sei a medicação, porque às vezes a gente está na medicação e tem que ficar olhando o que aconteceu, os sinais vitais, e se eu estou com aquele paciente, eu vejo os sinais vitais, eu vejo a prescrição para fazer.[...] E estabelece uma relação diferenciada com

o paciente também. Alguém vai lá e diz que o paciente está com dor, daí tu vais ver o que tem para dor (TM 13).

Estudos têm apontado que o trabalho integral permite que o trabalhador tenha um conhecimento mais global da assistência, além de realizar um trabalho mais completo, motivador e criativo, portanto, um trabalho mais prazeroso, repercutindo no resultado da assistência prestada (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; PIRES, 2000; MATOS, 2002). Além disto, acredito que o trabalho parcelar, funcional, repercute mais no desgaste físico dos trabalhadores, que procuram minimizá-lo por meio do trabalho cooperativo, em que se ajudam quando têm usuários dependentes, por exemplo, ou seja, todos se envolvem com aquele cuidado momentaneamente. Já no cuidado integral, mesmo havendo uma sobrecarga física grande, principalmente quando ficam muito tempo com usuários mais dependentes, há também um maior desgaste mental, relacionado à responsabilização. Porém, este desgaste, de certa forma é minimizado pelo entendimento do cuidado como um todo, diminuindo, conseqüentemente, o processo de alienação, ou seja, há um sofrimento, mas um sofrimento criativo (DEJOURS, 1994).

Seria o caso de avaliar as condições em que os dois modelos são apresentados, pois, certamente, somente a forma de distribuição do trabalho não seria suficiente para diminuir o desgaste, pois cada um deles requer um tipo de organização, em termos de disponibilidade de material, apoio cooperativo, apreensão do processo, atitudes de cuidado, enfim, o trabalhador deve receber o treinamento adequado para o manejo da situação, sem o que, na verdade, não haveria o que chamamos de ‘mudança’ de modelo.

Vale destacar que cuidar é muito mais que a implementação da prescrição, passa pela competência técnica, pela qualificação, mas também pela possibilidade de fazer projetos, de planejar, de tomar decisões, de unir objetividade e subjetividade. Neste sentido, concordo com Ayres (2001, p. 71), ao afirmar que

cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Mas se é preciso planejar, tomar decisões, o profissional da enfermagem tem, ainda, que buscar suplantar o modelo de assistencial integral ora apresentado, pois se mantém com este a fragmentação entre quem pensa e quem executa, entre quem planeja e quem realiza o cuidado. Há que se buscar uma forma de planejamento conjunto da assistência, diminuindo o sofrimento patológico e possibilitando o ‘sofrimento criativo’ de toda a equipe de enfermagem. O desgaste do trabalhador, que ao ter a noção do cuidado de forma realmente integral, com certeza, ao realizar o trabalho real, seria também minimizado pela superação do vai e vem, tão comum, ao se observar o trabalho executado numa unidade de internação. Neste sentido, vale destacar o modelo proposto por Capella (1998), no qual tanto trabalhadores de nível médio, quanto usuários, participariam ativamente da elaboração do método de assistência, em todas as suas etapas (planejamento, implementação e avaliação).

Como parte do modelo assistencial instituído, há, nas instituições estudadas, também, uma forma diferenciada de passagem de plantão. Na instituição pública, passam praticamente só as intercorrências e algum cuidado mais específico a ser realizado, sendo esta passagem de plantão realizada nas unidades de internação pelo pessoal de nível médio, sem a presença do enfermeiro, basicamente do turno noturno para o diurno e vice-versa, não do turno matutino para o vespertino, pois a maioria dos trabalhadores faz 12 horas diurnas. Esta passagem de plantão na unidade ocorre, também, quando não há nenhum trabalhador que esteja dando continuidade ao turno de trabalho (por exemplo, fazendo 18 ou 24 horas), pois ele é o responsável pelas informações a serem repassadas.

As intercorrências e algumas vezes, até por hábito, começando a ir de leito em leito, mas como você trabalha de dia, acaba passando a intercorrência, porque você esteve ali o dia inteiro, então você ajuda o colega, porque qualquer coisa você está ali, lembrando. Você passa intercorrência, passa um aviso ou outro. [...] a maioria de nós está aqui há 24 horas. [...] quando a I. chegou, eu já estava trabalhando, então, a medida eu vou colocando para ela o que ela vai precisando, como ela diz, qual é o paciente que ela não conhece aqui, um ou dois. Mas quando tem um paciente que requer muito, porque muitas vezes acontece da UTI estar cheia, nós aqui encaramos cuidados intensivos, daí a gente encara, daí o plantão é passado detalhadamente, e é bem difícil de ter furo, por incrível que pareça, é bem difícil as pessoas deixarem de especificar: olha, tem isso para fazer hoje, tem que ligar, tem que fazer isso, raríssimo, raríssimo ter um furo, o que é importante, o que é essencial é sempre passado (TM 20).

Já os enfermeiros recebem e passam o plantão na sala da gerência de enfermagem, isto porque no turno da noite há dois enfermeiros supervisores, que passam o plantão de todas as unidades, porém, basicamente, as intercorrências. Se, por um lado, isto reflete na assistência e num conhecimento mais detalhado das intercorrências da unidade, por outro, permite que os

enfermeiros tenham uma idéia geral do que ocorre na instituição, não ficando limitados à sua unidade específica. Propicia, além disto, um espaço de reflexão e de busca conjunta de soluções aos problemas apresentados.

Normalmente a passagem de plantão eu pego lá na chefia de enfermagem, eu pego com o enfermeiro que trabalhou de manhã, e existe um instrumento de passagem de plantão [...] Então eu pego o plantão, às vezes tem assuntos que se resolvem lá na chefia mesmo, porque tudo é centralizado na sala de chefia, e também dá para me atualizar dos acontecimentos do hospital, porque tu tens que estar por dentro e a gente também se atualiza, assim, o que está sendo renovado na rotina, na atualização. Sempre a nossa chefe está na hora da passagem de plantão, sempre tem aquela troca, né [...] são todos plantonistas (os trabalhadores de enfermagem), só está mudando o enfermeiro, só está mudando a enfermeira da manhã e eu estou continuando o plantão e todos são plantonistas, todos fazem 12 hs, e não tem porque repetir tudo. Outra coisa, às vezes a gente está passando plantão, está analisando, discutindo os casos e às vezes está passando coisas em nível institucional, em nível de assistência de enfermagem mesmo, de assistência médica, então se troca, se troca idéias, senão nem este tempo se teria (TS 5).

Chego, o nosso plantão é pego na gerência de enfermagem, pelo supervisor do noturno, mas ele não vai me passar o plantão de todos os pacientes, ele vai me passar as intercorrências, já que ele fica na supervisão de todos os setores, então não tem como. [...] relatório de passagem de plantão que vai com o nome de todos os pacientes, diagnóstico, exames que ele fez ou irá fazer, e as observações, que são todas as intercorrências que ele teve naquele período. Eu passo para a enfermeira da tarde e ela passa para a noite. Essa folha eu passo para a enfermeira da tarde, ela passa para o noturno, mas eu já não recebo mais esta folha do noturno, o noturno passa no livro as intercorrências, que fica na gerência [...] É complicado, eu como enfermeira da manhã me sinto prejudicada, porque eu não pego o integral, como eu estou passando. Eu estou passando dos 21 pacientes. [...] Aqui entre os funcionários, é muito superficial. Só passam as intercorrências e não ... eles não são detalhistas, como eu acredito que tenha que ser. [...] aí tu pega o plantão já muito vago, tu não tens uma integralidade. Aí chega o médico, quer saber o aspecto de um curativo há dois dias atrás, tu vais olhar no relatório de enfermagem não tem nada. E como dois dias atrás era outra equipe ... era outra equipe e foi passado só para um, não tem nem como responder. Tu perdes muito a integralidade, de ver a coisa de uma forma mais completa. Até o enfermeiro perde, porque na passagem de plantão, lá embaixo, fica a tal da intercorrência de rotina, tu não tens como acompanhar. Mas o paciente, aí, sofre o prejuízo, e nós enquanto profissionais, ficamos um pouco à mercê. (TS 6)

A fala de TS 6 representa bem o significado de uma passagem de plantão, a necessidade de se dar continuidade ao trabalho, mas não de forma parcelar, pois uma passagem de plantão bem feita possibilita um conhecimento mais aprofundado, interferindo inclusive, na tomada de decisão acerca da assistência.

As dificuldades acerca da passagem de plantão na instituição privada são de outra ordem. Há resistências quanto à forma implantada, mas que permite ao trabalhador dar continuidade à assistência, com mais conhecimento e mais segurança. A passagem de plantão, nesta instituição, é feita de funcionário para funcionário, na beira do leito. Esta modalidade de passagem de plantão é realizada do turno matutino para o vespertino e do vespertino para o

noturno. Do turno da noite para o diurno, a passagem é realizada no posto de enfermagem, pois, segundo os enfermeiros, neste horário, a maioria dos sujeitos do cuidado ainda está dormindo, e ir de leito a leito interferiria no sono e repouso destes.

Esta forma de passagem de plantão, porém, permite uma troca mais efetiva de informações, complementada pelas informações dos usuários, que participam ativamente desta atividade.

[...] a nossa passagem de plantão hoje é feita junto do paciente, porque acabou aquela coisa de passar o plantão com o paciente molhado, com o soro fora da veia, com soro terminando e o curativo sujo, não, você recebe se você quiser, porque o teu colega tem que ter esta responsabilidade. Só de manhã a passagem de plantão é no posto, mas depois pegam o colega e vão na beira do leito mostrar como é que está o paciente. Então para a equipe isto foi muito bom e para o paciente isto foi formidável, porque criou um elo de ligação muito grande entre paciente e funcionário (TS 1).

Quando é bem passado o plantão no quarto, é bom. [...] Eu acho que é legal assim, a gente tem um acompanhamento, às vezes tem que continuar alguma coisa com o paciente, ele não sabe, eles elogiam, porque eles assistem que sequência, às vezes um exame, tu fazes uma retrospectiva do que tu fizeste na tarde, no dia, sei lá, às vezes, tem um curativo que não deu para fazer, ou o médico vai fazer, daí tu passas, às vezes, se não esquece, ou às vezes o paciente te chama atenção, ele tem a oportunidade de pegar, às vezes tu estás falando alguma coisa, ele diz que não é assim, ele tem o direito de falar, de falar o que tem, sei lá, depois que essa passagem de plantão deu certo, foi bem melhor, assim (TM 10).

Em relação a esta forma de passagem de plantão, acredito haver um avanço, no sentido de permitir ao trabalhador que assume aquele período de trabalho, ter mais segurança acerca do que será realizado, além de estreitar os laços entre trabalhadores e destes com a clientela. Além disso, possibilita, também, um maior controle sobre o trabalho executado pelos próprios trabalhadores e pelos usuários, o que, por um lado, pode significar a melhoria da assistência e, por outro, uma forma de pressão e de cobrança. Porém, não se pode esquecer que o trabalho da enfermagem é um trabalho de complementaridade e continuidade, devendo-se buscar formas que permitam, além disto, a solidariedade e, de certa forma, a cumplicidade dos trabalhadores, no sentido de fortalecer as relações de trabalho.

5.3.1.2 Rotatividade e trocas de plantão

Ainda relacionada à organização interna do trabalho, tenho que destacar a questão da rotatividade dos trabalhadores nos diferentes setores da instituição, que pode significar tanto

aperfeiçoamento, aprimoramento, prazer, como dificuldades de adaptação, sofrimento e traumas.

As instituições estudadas têm formas diferentes de abordar tal questão. Na instituição pública, esta rotatividade de setores ocorre esporadicamente, de acordo com necessidades de um setor específico, ou do próprio trabalhador. Há manifestações favoráveis à rotatividade, como forma principalmente de aprimoramento, de possibilidade de crescimento profissional.

Um rodízio, eu acho que teria que ter um rodízio, eu, por exemplo, estou há três anos neste setor, apesar de com a hora-plantão trabalhar em todos, mas assim, trabalhar, assim, fixo, seria melhor (TS 6).

Eu acho que uma das coisas que pode ajudar o projeto do hospital é a rotatividade do funcionário. [...] Você cobre metade do hospital, então isso para nós é muito bom, agora o funcionário não foi projetado para a rotatividade, ele é muito restrito quanto à questão do setor. Isto é muito ruim, nós temos que mudar esta ótica, eu sou totalmente favorável que o funcionário rode. [...] Quando eu trabalhei só em centro cirúrgico, a minha visão do hospital era restrita, hoje que eu trabalho em tudo, a minha visão é outra, é muito mais ampla [...] porque a minha vivência me deu isso, para conseguir chegar lá é muito difícil, mas eu consegui e qualquer funcionário, mesmo sem nível superior pode chegar também, desde que haja aqui, vindo da formação daqui, uma gerência que tenha objetivo claro do que ele quer da equipe dele, mas vai demorar em chegar a hora que se quer? Vai, mas é uma coisa gradativa, progressiva, e com uma meta a alcançar (TS 7).

Então teve este processo de separação de especialidades, então a clínica médica subiu toda, para que ficasse só cirúrgica lá embaixo. Mas neste processo aí, houve uma seleção natural das pessoas que queriam trabalhar com clínica médica e clínica cirúrgica. Algumas pessoas que se identificavam mais comigo, outras porque se identificavam mais com a chefia da unidade cirúrgica. Então ficou um grupo lá e um grupo aqui. Tanto que as pessoas de lá, porque eles se conhecem muito e conhecem as clínicas, então se eles querem, eles tem autorização de trocar, vir trabalhar aqui e daqui lá, só que não gostam, não vem para clínica médica, são raros os que vêm, é muito mais freqüente o pessoal daqui cobrir lá, cobrir quando é um plantão pago, do que eles virem aqui fazer (TS 5).

Silva (1996) identifica o rodízio de setores como uma possibilidade de evitar o desgaste do trabalhador, já que atuar sempre numa mesma unidade torna o trabalho monótono e cansativo, sendo uma das causas psíquicas que levam ao desgaste, o que vem referendar o pensamento dos trabalhadores da instituição pública acerca da importância da rotatividade.

Já na instituição privada, esta troca foi compulsória, os trabalhadores não puderam manifestar suas preferências em relação às unidades, nem a horários. Desta forma, a rotatividade gerou insatisfação, bloqueando a percepção dos trabalhadores em relação a possíveis ganhos quanto ao aprimoramento técnico, ao estabelecimento de novas relações na equipe de enfermagem, entre outros.

[...] quando houve esta mudança, foi delegado que tu ias para aquela ala, que tu ias trabalhar com aquela pessoa. [...] tem gente que não tem compatibilidade, foi imposto trabalhar com uma pessoa que não conversa, que não tem empatia. Mas foi difícil. Agora as pessoas até se falam, mas falam por educação, porque trabalham juntas. Então foi imposto. [...] Botaram um pessoal no centro de material e esterilização que não tem nada a ver, eles gostavam de trabalhar em unidade, tem pessoal de UTI que foi para unidade, e é diferente unidade. Então eu faria isso, para onde tu queres ir, o que tu tens. Não deixar o funcionário escolher também, porque se não ele fica na mamata, fica na mamata mesmo, porque eu sou funcionária, eu sei como é que é (TM 8).

Eu ia pedir para cada um deles o setor que eles gostariam de ir, porque eu acho que é importante, quando a gerente assumiu, até então se trocava funcionário, tu vai ter que ir, se não vai para a rua, desce a ladeira, trocavam e lá ia ele, coitado, chateado. E depois ia outro. [...] Porque ao ponto de vista da gerente, ela não ia trocar funcionário, ia trocar só as enfermeiras, porque nesta última troca que teve, também iam trocar só as enfermeiras, elas não queriam, elas disseram que só iam se levassem à equipe, lá foi, desintegrou todas as equipes de técnicos, mas não que ela quisesse nos trocar, então eu acho que se tivesse isso, eu ia dar o direito de escolher para onde ir (TM 9).

O que fica evidente, nestas falas, não é a negação da rotatividade em si, mas a forma como esta foi realizada na instituição. Os trabalhadores sentem a necessidade de aprimoramento, vêem na rotatividade uma forma de aprendizado, mas desde que este seja realizado com a participação mais ativa dos trabalhadores, evitando, desta maneira, insatisfação, sofrimento e desgaste. Além disto, esta forma de rotatividade imposta interfere, também, nas relações de trabalho, pois impede a manifestação do trabalhador, além de comprometer os vínculos já estabelecidos. Acredito que a rotatividade possa trazer algum ganho para o trabalhador, quando este manifestar o desejo da mudança e também quando não ocorrer com uma frequência muito grande, o que poderia impedir o trabalhador de estabelecer vínculos afetivos com seus companheiros.

Salienta-se, ainda, o quanto à realização de trocas de plantão é pesada para os trabalhadores da instituição privada, as quais são limitadas no mês e implicam que o trabalhador, para folgar um final de semana, trabalhe em outro. Estas trocas implicam em dificuldades de lazer, de interação com familiares e amigos.

Então eles reclamam bastante, é dia de folga, é chegar tarde para sair mais tarde, às vezes eles pedem para trocar plantão, são dois plantões por mês que podem ser trocados, às vezes eles querem viajar, alguma coisa. [...] Eles trabalham ou num sábado ou num domingo, ou, às vezes, eles trabalham sábado e domingo para folgar no outro. Deve ser enlouquecedor, né, eu fico pensando, meu Deus (TS 3).

Então ele vai trocar o plantão da noite dele, e vamos sair, o pessoal do dia, da noite. Então eles têm muito disso, eles trocam plantão, se “ferram” nos horários deles mesmos, de descanso mesmo, para a gente poder sair, para poder se integrar. E não integra o pessoal só da enfermagem, integra o pessoal da limpeza, o pessoal da copa,

saem todos juntos mesmo, daí eu acho que eles se encontram descontraídos, então eles se sentem muito melhor (TS 3).

E daí também, para a gente poder curtir um pouco, a gente acaba tendo que trocar plantão, que é onde sobrecarrega mais ainda. [...] então troca aqui, mas tem que vir para cá e ficar 12 horas seguidas, com final de semana que a gente fica doze, e mais doze à noite (TM 5).

Na instituição pública, estas trocas de plantão são mais flexíveis, sendo inclusive salientadas como um dos pontos favoráveis da instituição.

Mas, no geral, isso ajuda muito, eu por exemplo, agora tem a semana santa, eu vou passar a semana santa inteirinha em casa, eu vou trabalhar no final de semana, faço minhas horas no final de semana e do domingo até o começo da outra semana eu fico em casa. Então, quer dizer, em que outro lugar eu teria isto, não é (TM 20).

O que se percebe é que esta flexibilidade é algo que depende só da enfermagem, e que, se bem organizada, pode beneficiar o trabalhador, sem prejudicar a instituição. Saliento, no entanto, que deve haver certo controle de trocas, visando não prejudicar a assistência, e, por outro lado, uma administração flexível traz satisfação e bem-estar ao trabalhador. Desta maneira, acredito que um modelo de administração mais participativo, que permita ao trabalhador manifestar seus desejos, suas vontades, pode repercutir de forma positiva no trabalho desenvolvido, além de fazer com que o trabalhador se sinta parte da instituição, comprometido com esta. Acredito, inclusive, que possibilitar a participação mais ativa dos trabalhadores nos processos decisórios, na forma de organizar o trabalho, possa trazer novas contribuições e soluções para a organização do trabalho, pois o trabalhador tem um saber incluído no seu fazer, saber este que pode e deve ser compartilhado e buscado.

5.3.2 Papel do enfermeiro

Cuidar, gerenciar e educar compõe o processo de trabalho do enfermeiro, tendo objetivos específicos, de acordo com cada processo particular, mas visando, de uma maneira geral, o bem-estar do ser humano, objeto do processo de trabalho da enfermagem.

Estes diferentes processos definem o papel que deve ser desempenhado pelo enfermeiro, evidenciado na formação do profissional e no cotidiano de trabalho. Muitas vezes, o enfermeiro se defronta com um conflito em relação a estes diferentes papéis, assumindo mais um em detrimento do outro.

Nas instituições estudadas, os enfermeiros buscam conjugar o cuidar e o gerenciar, sobrepondo-se, na maioria das vezes, o gerenciar sobre o cuidar. Destaca-se que a formação do enfermeiro privilegia a assistência direta e o gerenciamento da assistência, porém o mercado de trabalho espera que o enfermeiro realize o controle burocrático da instituição. Esta ênfase na burocracia está muito presente na maioria das instituições de saúde, presente, portanto, também na enfermagem (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997). O conflito entre estes papéis foi explicitado tanto pelos enfermeiros, quanto pelos profissionais de nível médio.

[...] Eu já reparei uma coisa, em relação ao HU, lá quem manda é a enfermeira, se a enfermeira diz é, é, o médico não dá palpite. Aqui tudo é o médico, ah! Se dr. Fulano vê isto, acaba as enfermeiras não tendo autoridade e eu acho que quem manda na enfermagem é a enfermeira, enfermeira para isso ... aqui se quer alguma coisa pede para o médico, se ele autorizar. Até no leito, lá se ela diz que é para fulano, é para fulano, aqui não, quem manda é o médico (TM 12).

[...] para a gente, nós enfermeiras, aqui no hospital, acho, assim, que a gente fica muito com a parte burocrática, por mais que a gente tente ir para a assistência, não dá, eles te cobram muito a parte burocrática aqui no hospital, eu acho, não sei se é porque eu já fui uma enfermeira assistencial, numa UTI, e ficava direto com o paciente, eu não me preocupava com papel e aqui não (TS 4).

[...] a enfermagem aqui, eu não sei qual o papel delas aqui dentro, das enfermeiras, porque elas não têm voz ativa nenhuma, elas não tem voz ativa, não tem a oportunidade de envolver a equipe, às vezes, é decepcionante, eu acho, eu me decepcionei com a enfermagem aqui dentro deste hospital. Eu queria ser enfermeira, se pudesse fazer nível superior, para ser enfermeira, ou seguir uma carreira de psicologia, porque eu gosto, eu me desenvolveria bem, mas meu deus do céu, elas não podem dar assistência ao paciente. Não é que elas não podem, mas não fazem, eu não sei se não fazem porque não podem, ou não sei o que que é. Mas eu acho legal ter contato com o paciente (TM 10).

Este conflito entre o desejado e o realizado gera desgaste, tanto para os enfermeiros, que não conseguem realizar o seu trabalho da forma que gostariam, como para o pessoal de nível médio, que busca no enfermeiro um companheiro de trabalho, alguém que intervenha de forma mais incisiva, que tenha mais autonomia no processo decisório. Martins *et al.* (2000), estudando agentes estressores no trabalho de enfermeiros, identificaram a falta de um papel mais definido junto à equipe e para si próprio, como um dos fatores geradores de estresse para estes profissionais, afirmando ainda que, em função desta indefinição de papéis, os enfermeiros assumem um número excessivo de tarefas, muitas, inclusive, que não são de sua competência. Observei que há, de certa forma, uma dificuldade do enfermeiro em delegar tarefas, principalmente para os escriturários, assumindo controles de materiais, pedidos de

farmácia e outras atividades que não exigem um conhecimento tão específico, atividades estas assumidas como atividades gerenciais.

O conflito colocado entre o cuidar e o gerenciar é acentuado ainda pela insuficiência quantitativa de enfermeiros, dificultando a cobertura espacial e temporal das responsabilidades demandadas pelo cuidar e gerenciar. Neste sentido, Castrillón (1997, p. 91) afirma que o enfermeiro necessita centrar sua atenção no seu objeto de trabalho – o sujeito do cuidado, e realizar um processo de trabalho de forma coletiva com os trabalhadores de enfermagem, deixando de desempenhar atividades que não são de sua competência, como servir de recepcionista, buscar que os serviços de apoio realizem efetivamente e satisfatoriamente seus serviços, ou estar à frente de problemas relacionados a material e manutenção de equipamentos – atividades que competem à administração geral da instituição, quando deixar todas estas atividades,

habrá ganado un importante terreno en el proceso de recobrar su identidad profesional, de cualificar la prestación de los servicios de salud, y podrá asumir, desde una ética civil, la responsabilidad de sus decisiones y de sus actos profesionales.

Há, portanto, uma sobrecarga de trabalho, que pode ser evidenciada pela forma do enfermeiro assumir as suas funções e as funções dos outros, funções que poderiam ser delegadas ou que assume pela falta de pessoal, o que pode ser percebido nesta fala, ao ser perguntado como é a divisão do trabalho na instituição.

Não é rígido para o enfermeiro, porque o nível médio, eles fazem o serviço que já está destinado para eles, inclusive quando você pede algo a mais, já tem uma certa resistência, dependendo do funcionário. O enfermeiro não, o enfermeiro faz o trabalho que só ele pode fazer e faz o trabalho do outro, tanto do escriturário, quando o escriturário não está no setor, do auxiliar de enfermagem, quando o auxiliar faltou. Então, na realidade, ele às vezes é que está trabalhando por dois ou por três. O enfermeiro, ele acaba assumindo estas funções porque ele sabe que não vai ter cobertura naquela ocasião. Quando tem cobertura, ele está mais light, ele sabe que vai chegar tranquilo, que conseguiu repor aquela ausência, mas quando acontece e ele não consegue repor, ele trabalha por mais de um funcionário, ele trabalha pelas funções dele e pelas funções do outro (TS 2).

O enfermeiro, em decorrência de atividades que poderiam ser delegadas, ou da sobrecarga pelo acúmulo de funções, deixa de realizar não só a assistência direta, mas também a supervisão, atividade que, de certa forma, estabelece uma interface entre assistência, gerência e educação, já que esta é uma atividade que deve ser entendida como um princípio educativo. A falta de supervisão mais direta, que constitui parte do gerenciamento da assistência, pode comprometer a qualidade desta, além de gerar no enfermeiro um

sentimento de frustração, por entender que esta é uma função inerente à sua profissão, e que não consegue realizar, em decorrência das atividades burocráticas que executa, por conta do que a instituição espera deste profissional.

Acabo supervisionando a questão do banho, dos curativos, não consigo acompanhar todos os curativos, com falta de funcionário, nem se fala, não consigo acompanhar todos os cuidados, porque são 21 pacientes na unidade, mas vou acompanhando com eles, dizendo o que tem que fazer nas intercorrências, qual o cuidado que tem que ser feito, depois acaba já vindo à alimentação do paciente, eu tenho que destinar o funcionário, que já sabe das suas funções, destinado o que vai fazer (TS 6).

Por exemplo, eu gosto muito jeito que o HU trabalha, só na parte de enfermeiros, é uma maravilha, trabalhar com enfermeiro de unidade, enfermeiro chefe, assistencial, funciona tudo, oh! Realmente para escapar alguma coisa ali, é quase impossível escapar alguma coisa. Existe uma qualidade e um controle muito grande. Isso aqui não acontece, por falta de funcionário, não tem funcionário, como é que você vai vencer esta barreira (TS 7)?

Os dados encontrados em meu estudo não diferem, em relação à supervisão, aos encontrados por Mesquita (2002), que estudou a dimensão gerencial da identidade profissional do enfermeiro em um hospital universitário. Naquela instituição, os enfermeiros assistenciais realizam a assistência, mas têm muita dificuldade em assumir questões relacionadas ao gerenciamento da unidade e da assistência, o que é percebido tanto pelos enfermeiros, quanto pelos trabalhadores de nível médio. Também, naquela instituição, os enfermeiros pouco realizam a supervisão da assistência, acabam ficando com atividades identificadas pelos profissionais de nível médio como burocráticas, ou seja, a implementação da sistematização da assistência, procurando estabelecer um processo de registro das ações e resultados. Na instituição estudada por Mesquita (2002), além de haver sempre um enfermeiro assistencial em cada turno de trabalho, há um enfermeiro responsável pela unidade, o qual acaba realizando e se responsabilizando por todas as atividades gerenciais, relacionadas à infra-estrutura e ao pessoal.

Nas instituições que estudei, há diferença na forma de divisão do trabalho entre os enfermeiros, pois na instituição privada, há um enfermeiro por unidade, que responde tanto pelas atividades gerenciais quanto assistenciais e, na instituição pública, há um enfermeiro por turno, sendo que um destes assume, além das atividades assistenciais, as gerenciais (é o gerente da unidade). Isto implica que os enfermeiros das instituições estudadas realizem concomitantemente atividades gerenciais e assistenciais, porém, privilegiando as gerenciais em detrimento das assistenciais. Isto tem gerado, nestes enfermeiros, não só insatisfação,

frustração, mas também uma sobrecarga de trabalho, que repercute tanto na assistência, quanto nas relações estabelecidas com a equipe e com os sujeitos do cuidado.

Há que se salientar, ainda, que o exercício do papel gerencial tem se pautado, basicamente, na administração direta, técnica e operativa do processo de trabalho, ou seja, em buscar condições objetivas para a realização do trabalho, sempre sustentado em pressupostos técnicos. Mas, como lembram Leite e Ferreira (1998 b), gerenciar é também coordenar as relações interpessoais dentro de uma equipe, tarefa esta de extrema complexidade, para a qual a maioria dos enfermeiros não foi preparada, principalmente por ser este um conteúdo não explorado nos sistemas de educação formal. Esta lacuna na formação do enfermeiro em relação às dinâmicas das relações interpessoais, foi apontada em estudos desenvolvidos por Beck (2001), Matos (2002), Mesquita (2002) e Urbanetto (2002), sendo mais um dos aspectos a serem enfrentados pelos profissionais de enfermagem, principalmente os enfermeiros, que assumem o papel de gerentes nas unidades de internação hospitalares e, atualmente, têm assumido com maior frequência o gerenciamento de unidades de saúde, bem como Secretarias Municipais de Saúde. Apesar deste não ser o foco do meu estudo, acredito que esta lacuna na formação dos enfermeiros leve a um desgaste, principalmente mental, destes profissionais, que têm que administrar muitos conflitos, não só entre os componentes da equipe de enfermagem, mas também da equipe multiprofissional, sem ter aprendido a manejá-los. Entender a dinâmica das relações interpessoais, como afirma Urbanetto (2002), pode ser um fator minimizador não só de conflitos, mas conseqüentemente dos desgastes provocados por estes.

Uma das atividades inerentes ao profissional enfermeiro, de acordo com a lei do exercício profissional, e que se constitui em uma das atribuições dos enfermeiros nas instituições estudadas, refere-se à implementação da sistematização metodológica da assistência, que atualmente já é implementada na instituição privada, e que está em fase de discussão, visando sua reimplantação na instituição pública. O método de assistência, no dizer de Leopardi (1995 a, p. 12) *emerge como exigência científica para dar uma lógica tal à ação que esta possa tomar um lugar na estrutura de produção, justificando também sua aparição na forma de gerenciamento de certos espaços dentro do hospital, assumido pós-Nightingale*.

É importante esclarecer alguns aspectos relativos à questão do método, como um modo de fazer um trabalho. É comum, na linguagem dos enfermeiros, afirmarem que ‘realizam’ o método, como se fosse uma ação, ao invés de ser o “meio” para realizar a ação.

Assim, a introdução, ou implementação de um método, implica numa mudança da própria organização e filosofia da assistência, que inclui a apropriação de conceitos diferentes dos anteriores, em relação a questões como saúde, doença, cuidado, enfermagem.

O método de assistência, que tem sido evocado como uma das formas de buscar autonomia, legitimidade e valorização social para o trabalho do enfermeiro, na instituição pública tem sido entendido, sim, como a mola propulsora de mudanças e de conquista de certa autonomia e legitimidade. As falas de enfermeiros refletem bem esta expectativa quanto ao método.

Ela (a gerente) já estava fazendo uns testes com o histórico de enfermagem, quanto tempo gastaria, já que é um enfermeiro só no setor, como ficaria. Ela estava dizendo como ficaria isto com a metodologia, e daí começou um trabalho com o histórico, já que sou só eu de manhã e a C. à tarde, quantos pacientes eu faria naquele dia, do leito tal ao leito tal, se internasse de manhã, eu faria, ou a C. faria a tarde, para ficar uma questão igual para todos (TS 6).

Então, nós estamos elaborando o histórico, a metodologia da assistência, então nós estamos nos reunindo uma vez por semana, a gente sabe que tem que resgatar toda uma cultura, é um processo, realmente, a nossa comunicação é feita através da ficha de prescrição, das prescrições médicas, onde tem observação, o enfermeiro escreve ali, as coisas mais importantes sobre o paciente, os médicos muitas vezes não lêem a evolução de enfermagem, isto a gente já sabe, a nossa proposta é usar a evolução do médico, para que o enfermeiro também escreva ali, porque o fisioterapeuta escreve, a nutricionista escreve, então, que o enfermeiro também escreva a evolução, também na evolução clínica. [...] na etapa que nós estamos agora, é levantar a cultura do hospital em relação a alguns pressupostos filosóficos, o que nós entendemos por assistência de enfermagem, ser humano, ambiente de trabalho. É um trabalho bem prolongado mesmo, é um resgate, se perdeu isto, a enfermeira anota, anota na evolução de enfermagem, na prescrição médica, mas não tem uma metodologia planejada (TS2).

O método de assistência, enquanto instrumento de trabalho, é entendido como uma via de mão dupla, pois, se de um lado permite e possibilita autonomia e legitimidade para o trabalho dos enfermeiros e uma melhor organização do trabalho do pessoal de nível médio, por outro, pode ser um instrumento de controle. Mas, mesmo servindo como instrumento de controle, tem sido identificado pelos trabalhadores de nível médio como um instrumento que facilita o trabalho.

Quando a gente tem a prescrição de enfermagem, é muito bom, porque daí a gente sabe melhor o que fazer (TM 12).

Estudiosos como Leopardi (1991, 1995 a) e Silva (1996) têm referido que o método de assistência também é uma forma de controle, sendo utilizado pelos enfermeiros não só na organização e supervisão da assistência. Para Leopardi (1991, p. 158), o método de assistência

é um instrumento que visa a racionalidade do trabalho, bem como maior produtividade, constituindo-se, por um lado, *num instrumento prescritivo para definir a qualidade e a ordem das tarefas de cuidado de enfermagem, por outro se estabelece como instrumento institucionalizado de disciplina sobre os agentes*. Observa-se que esta questão ainda é presente na fala dos enfermeiros, que acreditam ser o método uma forma de aumentar a responsabilidade dos trabalhadores de nível médio, além de disciplinar o fazer destes.

É, vamos ver quando vai começar esta metodologia, que eu acho que melhoraria no atendimento ao paciente, diminuiria esta sobrecarga do enfermeiro e aumentaria esta responsabilidade do técnico (TS 6).

Matos (2002) referenda o que Leopardi (1991) já havia identificado em seu estudo na mesma instituição hospitalar de ensino, passados vinte anos da implantação da metodologia de assistência naquela instituição, ou seja, mesmo com os avanços nas reflexões da categoria acerca do significado e importância da metodologia da assistência, esta permanece sendo a prescrição da assistência pelos enfermeiros, sendo executada pelos trabalhadores de nível médio, acentuando a divisão entre o pensar e o fazer, centrada no modelo biologicista, sem ter havido uma ampliação do referencial que dá sustentação ao método. Leite e Ferreira (1997 a), trabalhando na mesma instituição, também identificaram o método de assistência como um instrumento que dá identidade ao trabalho dos enfermeiros, mas não para os trabalhadores de nível médio. Para estes trabalhadores, o método atual de assistência tem sido identificado como um elemento de controle e, por vezes, até de opressão.

Também, neste sentido, o método de assistência na instituição privada estudada aparece como uma forma de legitimidade, valorização e busca de certa autonomia para os enfermeiros, e, de certa forma, desconsiderado pelos trabalhadores de nível médio, que vêm neste instrumento algo a ser cumprido, gerando também resistência do corpo clínico.

[...] hoje a enfermagem aqui dentro está conseguindo seu espaço, mas tem bastante dificuldade de eles (os médicos) entenderem que higiene oral é uma prescrição de enfermagem, que mudança de decúbito é uma prescrição de enfermagem, que controle de diurese é uma prescrição de enfermagem, e eles ainda insistem em prescrever, e a gente daí não coloca horário, eles vem, questionam, então tem algumas resistências hoje em relação ao nosso comportamento, até no COREN me botaram até pouco tempo atrás por causa do processo de enfermagem, então um médico questionou o COREN até que ponto era legal a enfermagem estar fazendo aqueles questionamentos com o paciente, porque é um papel que até então eles não viam (TS 1).

Há, na instituição privada, uma proposta de reformulação do referencial teórico que dá sustentação ao método, sendo este referencial estudado pelo grupo de enfermeiros. Porém,

não há participação dos trabalhadores de nível médio, que inclusive fazem críticas neste sentido.

Agora eles (os enfermeiros) mudaram o plano da enfermeira tal, tinha antes uma metodologia e mudou para outra, não mudou em nada, nada. O outro método, era a gente que fazia tudo, agora tu convidas a família para fazer, mas no manual do acompanhante, diz que na hora do procedimento ele tem que sair do quarto, então a primeira vez que eu fui sugerir que ele desse banho comigo, ele me leu aquilo, então como é que fica o profissional, né? Então, eles logo, aqui o acompanhante não pode ficar e, às vezes, ele é essencial, então, às vezes, cai um pouco em contradição (TM 8).

Nesta fala, fica evidente que a participação dos trabalhadores de nível médio permanece no cumprir a prescrição de enfermagem, não entendendo, muitas vezes, inclusive o que pretendem os enfermeiros com as mudanças. Na instituição privada, os enfermeiros realizam a prescrição e evolução só dos usuários mais graves, e para os demais, os trabalhadores seguem apenas a prescrição médica. Também não há histórico de enfermagem, havendo observações quando da internação, que são realizadas pelo pessoal de nível médio.

Ele (o enfermeiro) faz a prescrição de enfermagem com base na avaliação que ele faz diariamente, até porque você não faz o histórico diariamente, e aquilo são dados admissionais, só. Todos os dias ele vai, avalia o paciente e daí ele vai fazer a prescrição de enfermagem. O dados admissionais não tem nada a ver. A evolução é diária na UTI e na UNICOR, nas unidades quem faz é o técnico, a não ser que seja um paciente grave, porque nós temos uma enfermeira na unidade. A enfermeira faz 8 horas. Tem sido um processo bem interessante, tem facilitado bastante o nosso trabalho. A qualidade da assistência melhorou bastante, do que a gente tinha há alguns anos atrás, então, obrigatoriamente, ela tem que visitar o paciente, e eu até prefiro que ela visite logo cedo, que ela já conheça, e também que ela acompanhe a visita médica (TS 1).

[...] eu quero enfermeiras que pensem, eu não quero uma técnica só, pra mim, neste caso eu contrato mais uns dois técnicos e está muito bom, eu ainda vou ter lucro, eu digo. Mas é difícil, aí vem, às vezes, reclama, acha que a gente é que está errada. Mas daí estas cabecinhas novas que entraram assim, procuram puxar estas outras para o meio (TS 1).

Acredito que o método de assistência é um instrumento necessário ao trabalho da enfermagem, para o fazer não se tornar uma mera rotina. Mas um método também pode tornar-se uma rotina, se este não visar o usuário como um sujeito, um ser individual, indivisível, total, integral, ou não possibilitar a participação mais efetiva dos trabalhadores de nível médio na definição das ações a serem implementadas. Neste sentido, concordo com Matos (2002), quando afirma que o método de assistência deve constituir-se como perspectiva de uma assistência integral, na qual os trabalhadores de enfermagem, o sujeito do cuidado e seus familiares participem do planejamento, execução e avaliação do plano assistencial. Esta

participação mais efetiva dos trabalhadores diminuirá este poder de controle do método assistencial, permitindo ainda a manifestação da subjetividade do trabalhador que efetivamente realiza os cuidados de enfermagem. É a manifestação da práxis criativa, como uma forma de minimizar o desgaste do trabalhador. Há que se ter em mente, no entanto, que autonomia e controle estão ligados à categoria poder, e que a participação destes atores na compreensão do método e na definição de ações de cuidado compreende também a divisão do poder, atualmente centrado na figura do enfermeiro. Porém, mais que isto, implica na participação de saberes que podem produzir consequências positivas sobre o trabalho e sobre os trabalhadores.

Em relação ao cuidar, chamou a atenção, na descrição do dia a dia, o papel dos enfermeiros na instituição privada. Eles salientam também um fazer, mas não um fazer conjunto com os trabalhadores e sim um “auxílio para” os trabalhadores e para a equipe médica, é deixar tudo pronto para “facilitar” o trabalho do outro.

[...] dou uma organizada no posto, eu já gosto de deixar separada a bandeja para curativo, a bandeja para oxigênio, para facilitar o trabalho deles (dos trabalhadores), o que eu puder fazer para facilitar, eu facilito. Depois, sempre tem uma coisinha ou outra para fazer, eu tiro as medicações, as sobras do dia anterior para levar para a farmácia e começo a visita dos pacientes, daí tem uma intercorrência, uma coisinha para fazer e acaba preenchendo o tempo (TS 4).

[...] eu já organizo os prontuários na frente do posto, para quando os médicos passarem, já com a prescrição do dia, prescrição nova, eu já abro as folhinhas de sinais vitais de cada funcionário, separo nas pranchetas, enquanto isso os funcionários já estão tirando a medicação e já estão dando um banho de leito, antes da primeira medicação, aí eu vou para o posto e preparo as bandejas dos curativos, ou de um banho que tenha curativo, troca de O2, eu preparo cada bandeja, eu que preparo (TS 3).

E quando questionada sobre o porquê dela preparar as bandejas, uma entrevistada responde:

Porque enquanto isso os funcionários estão dando banho, enquanto isso passa médico querendo fazer o curativo e as bandejas já estão prontas, e daí não precisa sair correndo para preparar a bandeja, daí falta tesoura, falta alguma coisa. Daí o médico chega, principalmente da vascular, a bandeja já está ali na frente dele, ele mesmo pega a bandeja, ele mesmo vai fazer quando não tem gente para fazer com ele. E vejo também assim, que às vezes os funcionários, limita um pouco o desperdício, tem funcionário que vai lá e pega seis pacotes de gaze, que eu vejo que não vai ser necessário, do mesmo jeito, vai para o quarto de um paciente contaminado, tem que ser desprezado (TS 3).

Mesmo sendo a enfermagem vista como uma profissão-meio, num âmbito estrito do trabalho da equipe de saúde, que é a execução da prescrição médica deixada a seu encargo, de

certa forma tem, no seu fazer a organização da unidade, algo que lhe compete enquanto atividade gerencial, porém ainda é difícil compreender até que ponto os enfermeiros percebem tais atividades como gerenciais para o cuidado e não como uma forma de se manter “meio longe” da assistência, do estar junto, compartilhando o cuidado, supervisionando, ensinando, trocando com os demais trabalhadores. Além disso, este pode ser um mecanismo de defesa utilizado pelos enfermeiros, no sentido de manter uma certa hegemonia frente à equipe de enfermagem.

Cecílio (1999) salienta o quanto às linhas de poder são demarcadas fortemente na enfermagem, principalmente quando se avalia a linha vertical de mando que vai do enfermeiro aos auxiliares de enfermagem. Estas relações de poder, que serão analisadas posteriormente, quando trabalharei a categorias das relações, são um indicativo do quanto à divisão entre o fazer e o pensar, ou seja, a manutenção do *status quo*, ainda está presente no cotidiano da enfermagem, e o quanto é preciso refletir, principalmente com os enfermeiros, no sentido de se ter um trabalho mais participativo e prazeroso para todos os trabalhadores de enfermagem, em que os conflitos decorrentes de relações de poder possam ser superados, gerando desta forma, um menor desgaste para todos os trabalhadores.

Na instituição privada, os enfermeiros não salientam, em seu cotidiano de trabalho, a organização da equipe, até porque, como apontado anteriormente, há uma divisão fixa dos leitos, não havendo uma redistribuição das atividades, de acordo com o grau de complexidade da assistência. Também não referem o método de assistência como instrumento que utilizam no dia a dia, mesmo que somente para os usuários mais graves, podendo estar implicado como uma negação da gerência, das atividades administrativas, organizativas, próprias do fazer do enfermeiro, ou como uma ausência de percepção deste fazer como algo presente no cotidiano do seu trabalho, como sua característica intrínseca e necessária. Consideram o método de assistência como algo burocrático, e o pensam como estratégia para construir autonomia e legitimidade social, mas que pouco interfere no fazer dos exercentes da enfermagem.

Esta concepção revela uma imaturidade teórica da profissão, que pretendendo conciliar teoria e prática, não o apresenta como ferramenta imprescindível para a mediação entre estas faces da ação humana, em seu sentido genérico. O método não é algo para se fazer, é algo para se utilizar no fazer, é algo que denuncia e denuncia um modo de pensar no próprio fazer.

Por outro lado, esta negação das atividades gerenciais, tais como supervisão e gerenciamento da assistência, é decorrente do modelo de formação, que tem priorizado a

assistência como ação própria do enfermeiro, em detrimento da gerência e da educação, outras faces do mesmo trabalho.

Se, por um lado, a utilização do método de assistência é pouco destacada na instituição privada, na instituição pública surge como uma possibilidade de mudança, como se fosse a instituição deste que possibilitasse ao enfermeiro superar as dificuldades do dia a dia, que possibilitasse um fazer mais “científico”, permitindo inclusive realizar o que não realizam atualmente, ou seja, estarem mais presentes na assistência, na supervisão e na educação continuada dos trabalhadores de nível médio, bem como na educação para a saúde dos usuários.

Há uma necessidade de buscar a legitimidade, mas será o método de assistência a única saída para a profissão? Num certo sentido, o método implantado em algumas instituições de saúde, como descrito por Leopardi (1991), Matos (2002) e Mesquita (2002), em que o enfermeiro realiza o histórico, o levantamento dos problemas, define muito mais um poder e saber, que ‘deve’ ser implementado como assistência. Será uma saída implantar ‘partes’ ou apenas alguns passos do método, como realizam os enfermeiros da instituição privada (prescrição e evolução), como uma forma de criar um espaço, de mostrar um saber científico? Esta divisão constante entre saber e fazer parece gerar mais desgaste e mais conflito na própria equipe de enfermagem, mantendo a hierarquia vigente.

Além disto, a utilização de um método nem sempre tem implicado numa assistência de melhor qualidade, possivelmente porque a compreensão desta ferramenta tem sido em termos parcelados, ou seja, um caminho (método) é algo que vai se construindo, tendo início, meio e fim. Um indivíduo que se proponha a chegar a algum objetivo não inicia algo, como se isso o fizesse chegar a ele por si só, mas processa e implementa seu meio de chegar lá. Implementar um método, implica em discuti-lo como um todo, como um processo, com um ponto de partida, um desenvolvimento e uma chegada.

No entanto, o fazer do enfermeiro, revestido de um saber próprio, mediatizado pelo método de assistência, tem servido, muitas vezes, como forma de manter o *status quo*, a hierarquia e a hegemonia dos enfermeiros sobre os demais exercentes da enfermagem e tem servido, também, de base para os processos de supervisão e avaliação de desempenho. É com base no que é cumprido da prescrição de enfermagem que muitos dos trabalhadores são avaliados, muito mais pelo ‘que’ fazem e muito pouco pelo ‘como’ fazem.

A avaliação de desempenho, em meu entender, deveria se constituir numa via de mão dupla, onde avaliador e avaliado, estabelecessem um diálogo, participando ativamente do processo como forma de incentivo ao crescimento pessoal e profissional de ambos. Atualmente, a avaliação de desempenho, em muitas instituições, é realizada formalmente, com instrumentos próprios, com uma periodicidade, em que o enfermeiro assume a posição de avaliador e os trabalhadores de nível médio são os avaliados. Não encontrei, ainda, em nenhuma instituição de saúde, ou na literatura, um processo aberto de avaliação dos trabalhadores de enfermagem, que inclua a participação da equipe como um todo, e que propicie o crescimento pessoal, profissional e institucional.

Nas instituições estudadas, as formas de avaliação são diferentes, tanto no que se refere à utilização de instrumentos, a periodicidade e a rigidez como é considerada.

Na instituição privada, há um instrumento próprio, há uma periodicidade e a avaliação é realizada pelo enfermeiro, que, na maioria das vezes, chama o avaliado para dar ciência do processo de avaliação. Dependendo do estilo pessoal do profissional enfermeiro, a forma de proceder esta avaliação pode variar, sendo vista por alguns como um momento de crescimento, principalmente quando a avaliação permite a troca, a discussão de opiniões, quando é realizada conjuntamente com o avaliado; ou, se apenas é comunicado a este a sua avaliação, sendo, então, entendida apenas como um ritual formal.

Ela (a avaliação) gera desgaste, porque tu estas o tempo todo, passa um mês, dois, você lembra da avaliação. Por exemplo, a gente sabe que tem que apresentar algum trabalho, alguma coisa escrita, sabemos que é o que a gerente quer, mas não tem como, não tem como estudar, trazer matérias para cá. Essas poucas palestras que tiveram, nos ajudaram, mas desgasta também. Se ela tivesse me falado antes, tinha me desgastado bem mais, chega agora, na última avaliação, diz: você melhorou, vou te dar uma nota maior em relação ao teu companheirismo, a tua simpatia em relação aos colegas. Mas eu não mudei nada! Ah! Não, antes você parecia com a cara mais fechada. Nada a ver, era o meu jeito, mas se ela tivesse falado antes, eu teria me desgastado mais, pois teria ficado preocupada com isso (TM 6).

Eu acho muito errado uma enfermeira te avaliar quando nunca trabalhou contigo, ela só sabe o que ela acha, o que o doente fala, ou o acompanhante, porque ela nunca trabalhou contigo, então ela não tem condições de te avaliar. Mas tu achas que eu e ela vamos entrar num consenso? É o que ela acha, ela até me chama para a avaliação, mas é o que ela acha e deu (TM 7).

[...] geralmente só nós somos avaliados, eu acho que se na avaliação o enfermeiro colocasse o técnico e auxiliar para avaliar também, eu acho que valeria mais, porque eu acho, eu sei, eu ouço que algumas enfermeiras, que elas podendo se defender, safar o delas, elas safam mesmo. Com relação à gente, quando acontece alguma coisa, elas querem expor, expõe, matam o coitado do técnico, do auxiliar, do jeito que for, e a avaliação, por mais que, às vezes, um ponto que ela diga e tu não concordas, mas é um ponto que ela está vendo, e ela quer ver e, às vezes, não quer

ver de um outro ângulo, e, às vezes, aquilo ali te prejudica, ou te ajuda, não sei e é aquilo e na maioria das vezes te prejudica. [...] o correto seria que quando fosse fazer uma avaliação da chefia delas, que colocassem um técnico ou um auxiliar, porque como a gente não é cem por cento, elas também não são (TM 9).

Avaliação, eu acho assim, eu não acho que é bom, bom, ótimo, mas é um jeito de tu veres se o funcionário está indo bem, porque também não adianta tu ires bem só naqueles três meses de avaliação, quando eles te contratam, eu acho que tu tens que ir bem sempre, ser um bom funcionário sempre. Às vezes, se tu não tiveres uma avaliação, tu não vais ter um controle, não vais saber se o funcionário realmente é bom, onde que o funcionário não está prejudicando, mas aquilo que ele precisa mais atenção, porque às vezes a gente não vê que a gente está errando naquela coisa, eu acho isso interessante na avaliação. Agora, o problema aqui é que tudo que tu fazes gera pressão, tudo que tu fazes de errado gera pressão, tudo que tu dizes, tu olhas de cara virada para alguém, isto já gera pressão, a pessoa já não vai mais te olhar do mesmo jeito (TM 11).

O que se percebe é que o processo de avaliação é tido como bom para uns, pois significa um momento de troca, de saber o que o enfermeiro pensa sobre o seu trabalho, para inclusive poder melhorar, é um momento de aprendizado. Por outro lado, também é um instrumento de controle e de poder, de manutenção da hierarquia, pois é o superior que realiza a avaliação, é o enfermeiro que avalia o pessoal de nível médio, o inverso não ocorre. Isto mostra uma relação de pouco envolvimento no dia a dia, uma relação quase estéril, em que não há um compartilhar, tanto que muitos pontos negativos, problemas, são apontados somente no momento da avaliação, sem oportunidade para expressão dos trabalhadores em relação ao seu dirigente. Por outro lado, o processo de avaliação não é diário, construído coletivamente, visando o aprendizado.

Para alguns trabalhadores de enfermagem, no entanto, o momento de avaliação tem sido compreendido como algo mais que um ritual formal, imposto pela instituição, sendo percebido como um momento de interação entre enfermeiro e trabalhador, mesmo que mantida a relação hierárquica – ele, o enfermeiro, me avalia, eu sou avaliado.

[...] na avaliação eles podem expor, a gente ouve, assim, às vezes, a enfermeira comenta que há algumas falhas, onde precisa ser melhorado, eu acho bom para o nosso crescimento (TM 1).

Foi ansioso, foi muito ansioso, mas foi muito bom. Eu não imaginei que a avaliação era tão ampla, eu pensei que era direcionada só à técnica, mas não. É uma avaliação que avalia o teu psicológico, avalia o teu físico, avalia a tua técnica, avalia a tua assepsia, avalia a tua assiduidade, avalia por completo. Para mim, foi uma surpresa ter uma avaliação boa. Deu ansiedade, mas a avaliação em si foi muito boa (TM 2).

[...] é feita pelo próprio colega da gente, é feita pela enfermeira que está no dia a dia contigo, já sabe como é que ela vai te avaliar. De certa forma, você já sabe os pontos que ela vai dar, acaba estressando aquele que não faz direito, que vai sobrar. Eu nunca tive problema com avaliação, e nem sou avaliado trimestralmente (TM 5).

Além da avaliação formal realizada pelos enfermeiros, na instituição privada os trabalhadores passam pela avaliação do programa de qualidade, sendo avaliados pelos usuários. Muitos dizem que este processo é algo meio “forjado”, pois os trabalhadores que tiverem os melhores percentuais, recebem folgas e, no mês em que foram escolhidos, tem suas fotos expostas num mural. Como a instituição reconhece estes funcionários beneficiando-os com folgas, alguns solicitam que seus nomes sejam indicados nos formulários de avaliação da assistência.

[...] a gente também dá oportunidade para ele argumentar, porque o paciente também, de acordo com a situação dele, às vezes, ele pode desvirtuar um pouco, ele pode ter a visão dele, apesar de que a gente conhece também o funcionário, a gente pode saber se foi ou se não foi. Agora, se é um funcionário, que há uma divergência muito grande, a gente chama e conversa. Olha, o que foi que aconteceu com o paciente tal? Exatamente, e quando eles vão mais de três vezes no mural, quando eles tiram férias, eles têm direito a mais 5 dias de folga (TS 1).

Na avaliação semestral, aquele funcionário que mais se destacou recebe a cartinha assinada pelo provedor e a gente encaminha para ele. Não só o que mais se destacou, mas aquele que tirou a melhor nota da unidade, está dentro dos padrões, a gente encaminha uma cartinha, como uma forma de incentivo, que fica anexada à ficha funcional deles (TS 1).

[...] é difícil enfermeira ir lá para baixo, e logo que eu cheguei, eu já fui, o ego da gente vai lá em cima. E é reconhecimento de paciente mesmo. Ah! É reconhecimento de paciente totalmente, porque é paciente que escreve aquele papelzinho. É de paciente, não é da instituição. A instituição te liga e te dá os parabéns, mais nada. Mas a instituição não escolheu, foram os pacientes que escolheram. É, é bem bom mesmo (TS 4).

Para mim não, porque nós sabemos que tem funcionários que pedem para colocar o nome deles e outros colocam por gozação, outros é sério. Eu já trabalhei durante o dia, até tinha uma preferência, mas eu não posso. Mas a partir do momento que tu chegares pela manhã para dar um banho, trocar curativo, ficar com ele um pouco de tempo, proporcionar higiene e conforto, que ele vai se sentir bem melhor. Agora eu chego a noite, pego ele na cama, na verdade eu incomodo ele, porque vou acordá-lo de madrugada, tudo é mais difícil para ele, chega 11 horas, meia noite, ele quer um remedinho para dormir, eu vou ter que acionar o médico de plantão, então eu vou ter que dizer não para ele. Agora durante o dia, ela não diz não para ele, ela chama a enfermeira, então essa pessoa só proporciona coisas boas, a tendência dele colocar o nome de alguém do dia é 10 vezes maior do que colocar alguém da noite. Claro, ele conviveu muito mais com aquela pessoa (TM 6).

Vale salientar a fala de TM 6, na qual fica nítida a diferença do trabalho no período diurno e noturno, e que isto, por exemplo, não é considerado no formulário de avaliação feito pelo usuário. Trabalhar durante o dia permite uma maior aproximação com o sujeito do cuidado, há maior interação, bem como a resolução dos problemas parece ser mais efetiva, pois há um contingente maior de trabalhadores, há a presença do enfermeiro na unidade, é mais fácil contatar o médico, que geralmente passa a sua visita neste momento.

Na instituição privada, mesmo que tenham negado a existência de competitividade gerada pela implantação da avaliação do programa de qualidade total, há um certo “desdém” em relação àqueles que são identificados pelos usuários como mais prestativos, cuidadosos, que respondem mais adequadamente às solicitações. Há, também, um sentimento de satisfação, quando seu trabalho é reconhecido, principalmente quando este reconhecimento é manifestado pelos usuários. Este reconhecimento dá um outro significado ao trabalho, tornando-o mais prazeroso. Neste sentido, Dejours (1999, p. 34) aponta o reconhecimento no trabalho como algo que não é uma reivindicação secundária, mas algo *decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho*, interferindo, desta forma, no sentido do sofrimento, pois quando a qualidade do trabalho é reconhecida, também os sentimentos, dúvidas, medos, angústias, desânimos passam a ter sentido. *O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito no plano da construção de sua identidade* (DEJOURS, 1999, p. 34).

Vale salientar, no entanto, que muitas empresas se valem de atitudes de motivação no trabalho, no sentido de expropriar mais ainda o trabalhador, regulando também sua subjetividade. Para tanto, os trabalhadores devem estar atentos aos jogos da empresa, pois o reconhecimento é necessário para o trabalhador, mas também pode servir para espoliá-lo.

Já na instituição pública, não há atualmente uma avaliação formal. Esta avaliação foi realizada durante um período, tendo sido instituída uma proposta alternativa, havendo uma comissão para avaliação, composta inclusive por integrantes do nível a ser avaliado. Esta comissão foi treinada entre 1996 e 1997, tendo sido implementada com as pessoas que foram capacitadas, por meio de dinâmicas de grupo, porém a proposta durou pouco tempo, e há mais ou menos três anos deixou de ser realizada. Atualmente, fazem avaliações anuais, segundo a gerência de enfermagem, com o formulário adaptado a partir do proposto pela comissão de avaliação. Além disto, tem um registro de fatos e situações que também auxilia no processo de avaliação, sendo, inclusive, a advertência verbal registrada, a qual é anexada na ficha funcional na Gerência de Enfermagem, seguindo para o setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde somente quando há sindicância ou necessidade de uma intervenção diferenciada. Os trabalhadores de enfermagem, de uma maneira geral, não referem à avaliação como um momento de desgaste, até porque esta não é realizada periodicamente, há uma flexibilidade maior neste processo e muitos o identificaram mesmo como um momento de troca.

Nos três primeiros anos eu era avaliada. A enfermeira chamava a gente lá na salinha e fazia avaliação. Era tranqüila, e ela perguntava o que eu achava, se eu concordava, se ela discordava, também não tinha nenhum problema, ela dava a liberdade de eu dizer o que eu achava e eu dava liberdade dela também dizer o que ela achava. Porque nenhum de nós é perfeito, né? Ela dizia, por exemplo, tu viesses sem uniforme tantas vezes, evita de vir, bota jaleco por cima (TM 17).

[...] quando tem alguma coisa num funcionário que não está indo muito bem, eles procuram acercar, ver o que está acontecendo, se dá muita chance aqui, se tem muita, se trata mesmo como uma mãe, se é muito bem tratado. Com raras exceções, você vê, mas se você for olhar a vida daquele funcionário, ele também aprontou muitas, a coisa inverte. Mas no geral não, a gente tem, tanto que são quatro anos de contrato, aqui no hospital em si, poucas vezes foi mandado pessoal embora (TM 20).

Nós já tivemos, mas não temos mais, em decorrência, praticamente assim, por falta de pessoal para tocar a coisa. Avaliação funcional eu acho muito importante, pelo menos ativa o “se mancol” do povo. Então quer dizer, você não está bem, vai ter que melhorar, ou vai ter que acertar isso, tem que colocar (TS 7).

Ao identificar como papel do enfermeiro o cuidar, o gerenciar e o educar, observei que há uma lacuna importante, tanto no que se refere à educação para a saúde, voltada aos usuários, quanto à educação continuada, voltada aos trabalhadores. O que tem levado os enfermeiros a se distanciarem deste papel de educadores? Será esta também uma lacuna na formação? Encontrei poucas falas que identificavam a necessidade de educação tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores.

[...] trabalhando na enfermagem, eu sou muito satisfeita com o que faço, comigo, com as minhas atitudes. Às vezes, a gente recebe paciente totalmente leigo no assunto, eu gosto de sentar, orientar, paciente humilde, às vezes, ou muito granfino, cheio de pompa, porque a gente recebe paciente de todos os níveis, mas eu trabalho bem com isto, e também com funcionário, porque tem muito funcionário difícil, mas eu também sento, converso, coloco o que estou sentindo, escuto o que eles estão achando (TS 3).

[...] na medida do possível, quando não está agitado, eu passo no quarto, explico como é a alta, o que eu vou fazer, como é que eu vou fazer, quanto tempo vai levar cada coisa que eu vou fazer, para ele mais ou menos saber o tempo que ele tem para se arrumar, levar as coisas no carro, se despedir de todo mundo, às vezes trocar endereço, telefone (TM 11).

Este momento de troca pode ser identificado como um espaço educativo, a ser preenchido pelo profissional enfermeiro, a ser compartilhado com os trabalhadores de enfermagem.

Neste sentido, questiono se não é justamente a via da educação, quer dos trabalhadores, quer dos usuários, que possibilitaria o reconhecimento do papel social do enfermeiro. Se não somos diferenciados pelo fazer junto à assistência direta, se o gerenciamento da assistência é algo que também é pouco reconhecido pela população, mas algo necessário à manutenção da

burocracia institucional, seria, talvez, pela via da educação, a forma de realmente mostrarmos porque a enfermagem e o profissional enfermeiro podem fazer a diferença. Este reconhecimento profissional é algo que muito angustia, que gera principalmente desgaste psicológico para o trabalhador de enfermagem, de modo que a educação poderia ser algo para garantir maior autonomia para o profissional enfermeiro e, é uma lacuna a ser preenchida para gerar maior competência.

Na prática hospitalar, afirma Castrillón (1997), o profissional enfermeiro não tem conseguido garantir sua autonomia, já que suas ações e decisões situam-se entre a autoridade da administração superior e a autoridade técnica do médico, que ainda possui uma autonomia significativa com relação aos demais profissionais da área da saúde. Constatei, nas instituições estudadas, também, a dificuldade dos enfermeiros imprimirem uma autonomia maior no seu trabalho, estando sempre entre as decisões médicas e da administração superior. Isto e a pouca valorização e reconhecimento profissional geram nos profissionais um grau de insatisfação muito grande. Desta forma, a educação, principalmente voltada aos usuários, pode ser a mola propulsora deste reconhecimento social.

Neste sentido, a enfermagem deve pensar na educação não como mera reprodução do conhecimento, mas como um processo de emancipação dos sujeitos. E, para o alcance desta emancipação, os enfermeiros devem ocupar esta lacuna e aí, talvez, tenhamos o grande desafio, qual seja, o de definir que tipo de educação pretendemos na enfermagem. Uma educação reduzida à transmissão dos conhecimentos prontos, limitando-se à formação profissional, ou uma educação em que valores como participação, ética, solidariedade, esperança, estejam presentes.

Concordo com Assmann e Sung (2000, p. 14), quando afirmam que *a educação se transformou na tarefa emancipatória mais significativa*, e, para tal, necessitamos aliar a competência profissional à competência social, em que a sensibilidade social e a sensibilidade ética estejam presentes para a construção de um mundo onde caibam todos.

No dia a dia, a educação parece algo como concessão, não algo imbricado no fazer da enfermagem, e principalmente no papel do enfermeiro, pois não parece fácil educar sem supervisionar, sem acompanhar, sem estar junto. O que tem ocorrido é que, na maioria das vezes, o enfermeiro senta ao lado do usuário (quando senta!) e se limita a repassar informações, sem, muitas vezes ouvi-lo, distante do tipo de educação que dizemos acreditar.

Esta forma da enfermagem educar (ou deseducar?), acredito, está pautada na própria formação, que é compartimentada em matérias, impedindo a possibilidade do trabalhador estabelecer o vínculo entre as partes e a totalidade. Neste sentido, afirma Morin (2000, p. 14), é necessário estabelecer um *modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto, [...] estabelecer relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo*. Morin (2000) refere ainda que há que se ensinar à condição humana em sua integralidade, e para tanto, há que se superar também a fragmentação do ser humano, que é ao mesmo tempo físico, biológico, psíquico, social, cultural, histórico, multidimensional, pois a educação também tem contribuído na desintegração da complexa natureza humana. A enfermagem, enquanto profissão que trabalha com o ser humano em sua complexidade, deve estar atenta a esta fragmentação imposta pela educação, buscando formas de reconstruir a complexa identidade humana. Além disto, estar aberta a enfrentar as incertezas, buscar os caminhos, ensinar a compreensão e a ética, pois como diz Morin (2000, p. 18), a educação *deve contribuir não somente para a tomada de consciência de nossa Terra-Pátria, mas também permitir que esta consciência se traduza em vontade de realizar a cidadania terrena*.

Neste mesmo sentido, analisa Leopardi (1997, s.p),

temos aqui uma série de contradições que demandam maturação e crítica, ou seja, atuação genérica e saber especializado; verticalização do saber versus integração dos saberes; teoria e decorrência tecnológica. O termo generalista, de muitos pontos de referência, é termo corrente, mas ambíguo: permite uma certa perda na polivalência profissional, marcada por inúmeras formas de mediocridade; complexidade não implica em perda de profundidade e, por fim, a interdisciplinaridade não é coisa de um é de coletivo. [...] pensar tal projeto requer uma política de ciência, com estratégias de aproximação com outras seções do mundo da assistência à saúde, com táticas que comportem inclusive a possibilidade de identificar seu próprio saber como parcial e fragmentado. [...] A unificação também não poderá ser pela reorientação paradigmática, como estratégia formalista. Trata-se da integração e a inter-relação em um mundo de estruturas diferentes e, sendo a ciência uma delas, temos de pensar numa lógica conjuntivista, que forneça um mínimo de aglutinação dos diferentes saberes:

- 1- entre sujeitos (teórico da enfermagem, teóricos entre si e assistidos);*
- 2- entre sujeito e estrutura (assistidos e sistema de saúde, entre assistentes e sistema de saúde);*
- 3- entre estruturas (entre ciência e sistema de saúde, entre estado e sistema de saúde e ciência).*

Acredito que se a enfermagem e, principalmente o enfermeiro, tomar a educação como princípio da esperança, como possibilidade de transformação, atuando junto à equipe e aos

usuários, terá seu papel social devidamente valorizado, superando algo que atualmente lhe traz desgaste.

5.3.3 Condições de trabalho

Na organização do trabalho, as condições merecem destaque, condições estas que podem referir-se à realização da tarefa em si, à infra-estrutura física, aos recursos materiais, ao quadro de pessoal – qualitativo e quantitativo, à política institucional, aos benefícios oferecidos aos trabalhadores.

Os trabalhadores de enfermagem apontaram as condições de trabalho como forma de desgaste, principalmente quando são deficitárias e interferem na qualidade da assistência. A falta de condições de trabalho adequadas leva ao que Dejours (1999) denominou de sofrimento ético, pois o trabalhador sabe que muitas vezes realiza seu trabalho sem condições efetivas para tal, tendo que improvisar (o que para muitos é justificado como o uso da criatividade), colocando em risco a qualidade da assistência. O trabalhador pode até se indignar, reclamar, mas acaba justificando as condições encontradas na conjuntura política e econômica, mais uma vez como algo longe do seu cotidiano.

Tanto na instituição pública, quanto na privada, sobressaem aspectos relacionados às condições estruturais físicas: falta de local adequado para descanso; banheiros de difícil movimentação dos usuários; banheiros com pouca ventilação; rouparia pequena; expurgo sem ventilação. Apesar das condições de infra-estrutura difíceis para a realização dos cuidados, por exemplo, na instituição pública as enfermarias têm um número significativo de leitos, dificultando inclusive a movimentação da equipe, o banheiro é extremamente quente no verão, o que sobressaiu no discurso dos trabalhadores foi a falta de um local adequado para o descanso. Este local para descanso (que na instituição privada estava em fase de planejamento), não deixa de ser uma forma de reconhecimento de que o trabalho é desgastante, e que a instituição, percebendo este desgaste, pode minimizá-lo, providenciando um local adequado para que, ainda que nos moldes capitalistas, possa recuperar a sua força de trabalho.

Não tem sala de descanso apropriada, eles reclamam muito, a parte de depósito muito pequeno, onde colocamos as macas, cadeiras, muito pequeno, eles reclamam muito porque sempre que entram lá eles batem, e a parte do descanso atual é horrível e a disposição dos quartos, também. A rouparia é minúscula, entra hamper, não dá nem para tu entrares ali dentro, com o carrinho de roupa e com o criado mudo que

tem ali dentro ... se colocar uma poltrona, não dá para colocar o carrinho de roupa (TS 3).

Aqui a gente não tem um banheiro, já falamos para ti, nem para fazer xixi, agora tu imaginas, durante a noite a gente vem descansar aqui, eu hoje a noite vou descansar aqui, da meia noite às 3, neste intervalo se eu quiser fazer xixi, eu vou ter que ir lá no 2º andar, porque lá onde fica o banheiro da UTI, a UTI está dormindo, eu vou acordar eles, então eu tenho que ir no 2º andar (TM 12).

Dificulta, eu acho que o espaço físico mesmo, porque é terrível trabalhar na feminina, com oito pacientes, num espaço daqueles, empurra a cama para cá para dar banho numa, depois empurra tudo para lá para dar banho em outra, coloca a cadeira de rodas, coloca a cadeira do acompanhante, tem umas cinco, seis cadeiras em volta, mesa, cadeira, televisão, ventilador, aí fica um horror, o espaço para trabalhar, dá uma parada cardíaca, daí pega (TM 13).

Ela (a gerente de enfermagem) até que conseguiu bastante coisa, porque antes a gente dormia no chão, igual cachorro. [...] não tinha um lugar para descansar, tinha que colocar o colchão no meio de caixa, sala de curativo [...] Por lei a gente tem direito a duas horas, que tu tens para botar tuas pernas para cima, então, tem que ter condições, não é chegar, duas horas de descanso, tu fiques no posto, com a luz acesa, no rosto, com as pernas para baixo. Não, tem que ter lugar para descansar, porque eles acham que enfermagem é uma continuidade, mas nós não deixamos os pacientes sozinhos, então antes era uma marcação, que a enfermagem não podia descansar (TM 21).

Eu acho que seria mesmo em relação ao espaço físico, melhoraria, acho que agilizaria muito mais o trabalho. Por ex., a rouparia, de manhã você só tem um carrinho, você tem que passar as roupas nos quartos, então é mais corrido, então este carrinho tem que percorrer a unidade toda, eu tenho que ir ao 211, ao 219, então se tivesse uma rouparia menor, um local que pudesse redistribuir melhor o material, ficaria mais ágil (TM 2).

Tanto na instituição pública, quanto na privada, a infra-estrutura é algo que desgasta fisicamente, interferindo diretamente na assistência prestada. Os trabalhadores da instituição pública apontam ainda o número de leitos das enfermarias como algo que interfere diretamente no seu processo de trabalho. Aparentemente, o trabalho é “tocado”, mas intimamente os trabalhadores deixam aparecer nas entrevistas o quanto isto os incomoda.

A estrutura física tinha que ser, este esquema de enfermaria tira a privacidade do paciente, um está escarrando, o outro está tomando seu café, isto é horrível, quando precisa internar pelo SUS. Tu não podes ir ao banheiro, tem que usar a comadre com o vizinho do lado vendo, isto é horrível para qualquer pessoa (TM 21).

Em relação aos materiais, na instituição privada os trabalhadores salientam que há material de consumo adequado em qualidade e quantidade, porém há deficiência em relação ao material permanente, como poltronas, cadeira de rodas, pinças, bacias, escadinhas, carrinho de roupas, lençóis pequenos e sem elástico (o que poderia ser minimizado com a confecção de lençóis tipo envelope, que exigem um esforço físico menor dos trabalhadores, além de maior

conforto para os usuários), suportes de soro e leitos sem rodinhas, exigindo esforço físico para sua movimentação, entre outros. No entanto, o material de consumo não pode ficar estocado no setor, gerando tanto insegurança frente às emergências, quanto desconforto em relação às solicitações dos sujeitos do cuidado, que não pode ser atendida de imediato.

[...] a gente tem bastante material, não falta. A única coisa que já é uma regra do hospital, é não ter estoque, fica tudo centralizado na farmácia, mas isto é do próprio hospital, a gente não tem nem como reclamar, porque isto eles não vão mudar, isto vai ser retrógrado para eles, eles já estão mudando para tentar melhorar, isto já foi cortado, isto não volta mais. Realmente, se for provado que vai atrasar, atrasa né, então ser centralizado atrasa um pouco, atrasa ter que ir lá, eles não gostavam, estão trocando, não vão trocar de novo (TS 3).

Se tem material, assim, oh! O almoxarifado tem mania de esperar, eu acho isso um absurdo, então a farmácia, está vendo que uma medicação sai bem? Está vendo que um material sai bem, eles esperam acabar e depois pedir, isso é o cúmulo, saco de lixo, luva, essas coisas não podem faltar no hospital, esses dias faltou rolo de papel higiênico, essas coisas são impossíveis, então eu não gosto. A questão é o controle, porque assim eu vejo, quando eu vejo na prescrição eu vou lá e peço mais, para não deixar acabar e depois pedir (TM 11).

É como você pode ver, este negócio de ir à farmácia é um “saco”, se digita alguma coisa errada tem que voltar na farmácia. Imagina outras alas que são mais longe ainda, então é aquele vai e volta, isso toma um tempo da gente, às vezes tem que fazer uma taxa ou uma alta, tem que interromper, tem que ir à farmácia. Eu acho que se todo mundo parasse e pensasse numa forma melhor, com certeza teria uma forma melhor. O negócio aqui é meio desorganizado (TM 4).

É, por exemplo, tem medicações que eu tenho que digitar, o médico prescreve, tem que sentar, digitar, pegar e administrar, e isso em menos de dez minutos. (Pergunto: E isto gera tensão?) Com certeza, com certeza, às vezes, o paciente interna com urgência, precisa pegar veia para fazer um antibiótico, isto tudo para ontem, não é? É horrível. Deveria ter pelo menos um plasil, uma dipirona. Apesar de que, esta é uma regra básica, tem se necessário, pelo menos uma ampola tem que vir da farmácia. Então, sempre que tem um se necessário, vem da farmácia, é deixado no setor. Mas uma convulsão, não tem como, tem que chamar o carrinho de emergência (TS 3).

Os trabalhadores apontam a informatização não como um instrumento para facilitar o trabalho, mas como uma forma de controle, principalmente dos gastos. Gerou desgaste em função da forma de organização, pois há necessidade de digitar medicamentos e materiais a serem utilizados, implicando num ir e vir constante da farmácia, além da sobrecarga psíquica, no que se refere às situações emergenciais. A prescrição não é informatizada, tendo os escriturários que digitar as prescrições para a farmácia, bem como a equipe de enfermagem tem que definir os materiais necessários aos cuidados prescritos, materiais estes que também são digitados.

Atualmente, a instituição está implantando um novo processo de informatização, por meio de código de barras, que evitará a digitação dos medicamentos e materiais. Mesmo com o aprimoramento do sistema, o que se observa é a ótica privatista que acompanha o procedimento, já que a preocupação é com o controle dos gastos, visando sua cobrança mais efetiva junto aos convênios. Desta forma, a informatização não tem servido como uma ferramenta que alivie o processo de desgaste do trabalhador, tal como se espera do avanço tecnológico, ao contrário, tem servido para aumentar este desgaste, principalmente porque não há uma participação efetiva dos trabalhadores no processo de implantação e de acompanhamento do projeto de informatização.

[...] a informática pelo menos assim, a gente vê, apoiou muito no hospital, as contas, os controles, ficou muito bom assim, até para a gente verificar o erro, passagem de plantão eles passam, ah! tem medicação na gaveta, tu vais ver, às vezes foi usado seringa e agulha de outro paciente, sobra e claro, não foi devolvido adequadamente. Ou, às vezes, usaram uma agulha e ficou faltando uma agulha para fazer devolução. De um outro jeito não descobriria nunca, se tivesse estoque, nunca a gente iria saber. Mas tem o outro lado que, cansa muito a distância, a central de material que a gente tem que ir lá, às vezes, numa urgência, mas eu acho que isso é num geral (TS 3).

Foi uma implantação para controlar gasto, e controlar tudo, por conta da farmácia, do setor de contas, aqui do setor. Então foi só em função disso, eles não pensaram em função do desgaste físico realmente do funcionário (TS 3).

Já na instituição pública, referem que os materiais de consumo existem, mas nem sempre em quantidade e qualidade adequados, além da deficiência de material permanente, algo que interfere no processo de desgaste, gerando um ir e vir constante à farmácia (pela falta de medicamentos), a necessidade de procurar material em outras unidades, entre outros. Salienta-se que, na instituição pública, a compra de materiais é feita pela Secretaria de Estado da Saúde, que determina cotas para as instituições hospitalares, cotas estas que nem sempre correspondem à necessidade da instituição. Quando do período de coleta de dados, por exemplo, havia um número significativo de usuários dependentes, que necessitavam utilizar fraldas descartáveis, porém estas vinham em número insuficiente, precisando os trabalhadores buscá-las em outras unidades. Além disto, quando da solicitação diária do material de consumo, mesmo tendo sido justificado ao almoxarifado o aumento da cota, isto não ocorreu, como refere uma entrevistada.

(o pedido vai) para o almoxarifado e o almoxarifado pede para a secretaria, ele foi estadualizado, quando ele era federal, era INAMPS, ele era muito bom, era até exageradamente bom, porque a cota que o escritório regional recebia era grande para gasto com material, com medicamento, porque existia o CEME, então não faltava, o paciente saía daqui com alta e levava medicamento para casa. Agora não, agora é tudo muito enxuto [...] Então realmente falta, dá para levar assim, mas ... (TS 5).

Materiais descartáveis. Tem épocas que faltam, como eu já te falei, tem épocas que faltam seringas, faltam agulhas, faltam luvas, fraldas. Tem épocas que está tranquilo, não falta nada. Na verdade, eu fui me condicionando com este trabalho, a gente vai tentando se virar. Prejudica, prejudica. É cansativo (TS 6).

A falta e as condições do material permanente, também é algo que tem desgastado os trabalhadores, que muitas vezes tem que despender mais força física, por exemplo em função das macas, que se apresentam em estado precário e dificultam a movimentação, ou as camas, que são altas, com manivelas que não funcionam, bem como a inexistência de equipamentos mais sofisticados para realização de exames diagnósticos, necessitando do transporte do usuário para outras instituições.

Isso a gente deveria, tipo, assim, nós não temos maca, cadeira de rodas. E daí é um desgaste. Biombo tem um ali, suporte de soro, deixa eu ver o que mais. A roupa, né. Estas camas que estão no setor são desde o hospital antigo, e até então não entrou material novo, não foi comprado material novo. Foram feitas pequenas mudanças na estrutura, mas que não foram suficientes para atender às necessidades do hospital como um todo (TM 15).

É complicado este material no hospital, principalmente eu que trabalho com as macas do centro cirúrgico, não andam, andam para um lado, para o outro lado, mas para frente não, porque a gente acaba se esforçando muito mais com este material que não ajuda e até um acidente pode causar (TM 18).

Em matéria assim de outros tipos de equipamentos, volta e meia quebra o ultrassom que só tem um, quebra a endoscopia que só tem uma, um hospital deste tamanho, que comporta uma região desta, tinha que ter pelo menos uns dois aparelhos de endoscopia. Teria que ter um acesso a uma tomografia mais fácil, um laboratório que fizesse tantos exames que vão para fora, então, gente competente tem, o que falta é um pouquinho de apoio. [...] eu começaria trocando as camas dos pacientes, são terríveis, umas mais altas, outras mais baixas, para você trocar um paciente de um lado para o outro é difícil, muita coisa velha, muito arcaica, nossas cadeirinhas de banho são terríveis, tem horas que você pela o paciente, tem horas que você gela ele, daí você não sabe o que está de errado, daí é todo dia aquela coisa, isto não é, aquilo [...] colchões, muitos já estão velhinhos, falta assim, colchão piramidal, muitas vezes você precisa e não tem (TM 20).

Este conflito gerado pelo confronto entre o “certo” e o “errado”, o “real” e o “desejado” fica evidente na fala dos trabalhadores, principalmente quando se defrontam com algo que interfere na assistência. Este conflito aumenta ainda mais pela sensação de impotência, em ter que improvisar.

Houve situações, assim, de prejuízo mesmo da assistência, de eu passar uma sonda foley n° 16, num paciente que tinha que ser uma 18, mas não tinha na casa, vou passar uma 20? Eu não, vou dilatar a uretra deste paciente, eu não, e daí o paciente se urina todo, vem enfermeiro do noturno, faz uma crítica grande, então tira aquela sonda fora, faz como quer, mas por falta de material. Uma sonda uretral, para uma sondagem de alívio, não tem, pega uma sonda de aspiração, já vi fazerem com cateter de oxigênio, daí tu ficas adaptando, por falta de material, bandagem, de vez em quando está faltando. Daí a gente fica pressionando, mais uma coisa que leva o

teu tempo (TS 5).

Porque se o lugar que tu trabalhas é bom, é organizado, tu encontras as coisas no lugarzinho, é outro clima para você trabalhar, agora se tu começa a catar as coisas, se começa a catar. A gerente que diz, como é que você consegue catar tudo e levar para enfermaria? Eu não sei, ligo o piloto automático, mas falta assim, mas falta e a gente sabe que falta em muitos lugares. Mas a nossa realidade aqui, é uma pena que não tenha um hospital mais digno, falta um pouco de dignidade para a nossa instituição, precisa ser um pouco mais digna com ela mesma e aí, porque as pessoas gostam muito de internar aqui (TM 20).

Leite e Ferreira (1996), Martins (2000) e Matos (2002) também já apontaram o sofrimento que as condições de trabalho inadequadas impõem aos trabalhadores de enfermagem. Matos (2002) refere que, além da situação crítica com a qual se defrontam, os trabalhadores, principalmente no que concerne à falta de materiais e medicamentos, não têm buscado mecanismos de enfrentamento, utilizando-se de posturas “saudosistas”, negligenciando, desta forma, possíveis espaços de governabilidade.

Associada a estes fatores, que por vezes imobilizam a enfermagem, a criatividade é algo que tem sido muito salientada durante a formação, mas será esta improvisação realmente um movimento criativo? Acredito que não seja, pois afinal não se está criando nada novo, mas somente improvisando, “tapando” um buraco com outro, para garantir alguma assistência, mas não a assistência desejada. A falta de material gera desgaste, tendo em vista que o profissional tem que buscar uma solução em decorrência da assistência e que esta é uma forma de expropriar o trabalhador, usando do seu conhecimento, mas não estimulando seu poder de criação, sendo apenas uma questão de “imitação” – práxis imitativa, apontada por Vázquez (1986). Não se pode esquecer que o trabalhador tem um conhecimento que imprime a seu processo de trabalho, inclusive como zelo a este, e Dejours (1999) destaca a importância do trabalhador usar de inteligência no trabalho, sabendo lidar com o imprevisto, com o inusitado, o que não significa aceitar tal situação como rotina.

Porém, não seria esta uma forma de manter o *status quo* da instituição, não se contrapondo às condições de trabalho, principalmente em relação à falta de material? Penso que estas são questões sérias a serem discutidas em relação às condições de trabalho, que devem ser enfrentadas pelos profissionais, já em seu processo de formação, pois muitas vezes os docentes também estimulam a dita “criatividade” dos alunos, visando resolver a falta de material. Muitas vezes estes improvisos têm gerado alterações significativas no trabalho, facilitando-o inclusive, como por exemplo, com a introdução dos chamados lençóis envelope, pois nas instituições que o adotaram observa-se a diminuição do desgaste físico do

trabalhador, que não precisa amarrar os lençóis aos colchões. Uma alteração simples, mas que gerou resultados positivos.

Neste sentido, penso que, muito mais do que simplesmente improvisar, o trabalhador de enfermagem deve se contrapor à falta de condições dignas de trabalho, visando romper com certa “apatia profissional” que parece estar ligada à história da profissão, voltada à vocação, ao doar-se (ROBAZZI; MARZIALE, 1999). E romper com esta apatia pode incluir a reflexão com aquele que acaba sofrendo também com as consequências da falta de condições de trabalho, o usuário, o sujeito do cuidado da enfermagem. É com ele que a enfermagem deve buscar se aliar, contrapondo-se ao sucateamento do setor saúde, decorrente do pouco investimento no setor social. Não dá para pensar que os aspectos estruturais não estejam ao nosso alcance, pois, afinal, a enfermagem já conseguiu espaços importantes na definição das políticas de saúde.

Há, no entanto, que buscar ampliar estes espaços, visando conquistar melhores condições de trabalho, que refletirão na melhoria da qualidade da assistência.

Ainda, em relação às condições de trabalho, há que se destacar os programas de educação continuada, que são apontados como positivos pelas gerentes de enfermagem, mas que não satisfazem o trabalhador. Na instituição privada, há um treinamento introdutório, em que o trabalhador recebe orientações acerca da instituição, como tratar os usuários, além de informações sobre as rotinas e procedimentos de enfermagem. Na instituição pública, há um setor de educação em serviço que desenvolve atividades educativas com os trabalhadores. No entanto, nas duas instituições, os trabalhadores apontaram o desejo de se aprimorarem, porém sentem necessidade de diminuir as dificuldades atuais encontradas para tal, principalmente quanto a ausentar-se do setor, em função da falta de pessoal para suprir sua ausência.

[...] aqui tu tens uma instrução quando tu entras, uma visão geral da instituição, desde que ela foi fundada, tem um treinamento introdutório muito bom, então se alguém te perguntar porque disso ou porque daquilo, tu sabes como responder, não é aquela coisa de te perguntarem e tu responder: não sei, eu só trabalho aqui (TM 3).

[...] eu gostaria de fazer cursos, eu gostaria de fazer, me atualizar, tu não tens tempo e o hospital não te dá espaço e eles vieram cobrar isso da gente, aí eu questionei, eu não aceito ser avaliado neste ponto (TM 10).

[...] cursos de como fazer relatório, como dar a assistência, como fazer técnicas de enfermagem, porque eu trabalho na enfermagem há sete anos e as coisas vão mudando, e a gente tem que ir revisando, e se a gente tem isso, sempre refrescando a memória, aí melhora a assistência. O V., por exemplo, disse ah! O relatório não é assim. Mas o V. foi o único daqui que pode descer para fazer o curso (TM 13).

Aqui, mais uma vez, cabe a pergunta sobre que educação estamos fazendo na enfermagem e que visão de mundo estamos possibilitando aos trabalhadores, de uma maneira geral. Se acreditamos que a enfermagem deve ser competente técnica e politicamente, como alcançar este grau de competência?

É hora de efetivamente a enfermagem buscar espaços para a educação dos trabalhadores, com programas que, sendo implementados nas instituições, visem resgatar o ser humano em sua integralidade e multidimensionalidade, afastando-se da fragmentação tão propalada pela ciência moderna.

Há que se buscar estratégias, alterar os programas de educação continuada e, principalmente, estimular o trabalhador em sua formação, podendo gerar no trabalhador o sentimento de reconhecimento, de valorização pois, como diz Dejours (1999, p. 62), a organização racional do trabalho deve estar atenta à eficiência técnica, mas também deve incorporar aspectos relacionados à convivência, ao viver coletivo, às regras de sociabilidade que envolvem o mundo social do trabalho, bem como *argumentos relativos à proteção do ego e à realização do ego, ou seja, à saúde e ao mundo subjetivo*. A educação no trabalho pode ser um destes argumentos relacionados à proteção e realização do ego, interferindo, deste modo, na saúde do trabalhador.

Em relação aos benefícios oferecidos pelas instituições, os entrevistados apontam, de uma maneira geral, a ineficiência dos planos de saúde, a não realização de exames periódicos, a falta de um psicólogo para atender aos funcionários.

Na instituição pública, destacam a questão da alimentação como positiva, já que recebem ticket-alimentação, bem como café, almoço e janta, mesmo que, para alguns, deixe a desejar.

[...] auxílio doença, a gente tem o plano de saúde, o básico do básico, o plano B, que quando precisa internar, [...] e é tudo descontado, exame, consulta, é tudo descontado. É este o plano que a gente tem ou a gente usa o SUS. O hospital tem o SUS, também pode usar o SUS do hospital, mas tem gente que prefere pagar a UNIMED e ficar na mesma ala do SUS. Eu prefiro fazer tudo pelo SUS (TS 3).

[...] a alimentação, a gente não ganha alimentação, é descontado quase R\$ 17,00 por mês é descontado, e assim, a comida daqui não é muito boa não. No meu outro emprego era pior que aqui, só que era de graça, eu não comia também (TS 4).

[...] com relação à segurança do trabalho, eles não estão aí, se a gente não correr atrás ou se informar, que isso não pode, que aquilo não, eles omitem mesmo. (TM 9)

[...] eu detesto assim essa coisa de queixa, mas se eles dessem assistência, o funcionário vai render mais (TM 10).

Convênio, a gente não tem, mas o que a gente precisa do hospital, está na mão. É super fácil, ginecologista, se quer, dentista, se quer. Para a gente e para a própria família, aqui dentro do hospital. Eu preciso de um exame, é só ir lá atrás. Às vezes, até nem tem certeza de fazer um convênio, porque tu tens como se virar (TM 12).

[...] a nossa alimentação, eu acho que deixa a desejar um pouco, porque a gente trabalha bastante durante o dia, eu acho que o café poderia ser um pouco melhor, sempre aquele pão. Meio dia, às vezes, é uma comida que, às vezes, não é uma comida para a gente passar o dia todo, eu acho que deixa a desejar (TM 16).

Com relação ao plano de saúde, na instituição privada, os trabalhadores podem optar por um plano de saúde, porém este não lhes assegura internação em quarto particular. Há um médico do trabalho, como apresentado anteriormente, porém os trabalhadores não têm acesso às especialidades médicas. Os trabalhadores da instituição pública também têm que optar por um plano de saúde privado, pois pagam o plano previdenciário prescrito em lei, inclusive para a aposentadoria, porém há acesso na instituição para a assistência individual e de seus familiares, tal como referiu TM 12.

Na instituição privada, apontaram a falta de um psicólogo para dar suporte aos trabalhadores, o que não aparece na instituição pública, o que penso estar relacionado com o programa lá desenvolvido, no qual há ginástica e relaxamentos para os trabalhadores.

Há atuação de um acadêmico de psicologia na instituição pública, visando dar suporte aos trabalhadores, estando em elaboração um projeto, a ser desenvolvido junto aos trabalhadores da emergência, no sentido de abordar os estressores presentes naquela unidade, além de um projeto com voluntários, que também têm atuado naquela unidade, em abordagem psicopedagógica. Os trabalhadores de enfermagem reconhecem-no como positivo, não só no sentido de poderem trabalhar as relações de trabalho, mas como algo que visa a saúde do trabalhador.

Você sente, tinha um tempo que a gente fazia um relaxamento legal, ia lá atrás, muito bom. Você conhece todos, muito mais gente do hospital, porque vai a telefonista, vai a menina da limpeza, vai ... e muitas vezes não é do teu setor, então tu ficavas conhecendo a pessoa, então é uma forma bem gostosa mesmo (TM 20).

Acho legal esta parte de ginástica durante o trabalho, esta parte de alongamento (TS 5).

Já está se trabalhando o programa da família do hospital. Tem surtido efeito na situação de algumas aulas que elas tem feito de relaxamento, aulas localizadas de alongamento, que daí o pessoal tem saído do setor e tem feito, porque estas aulas são

depois do horário de trabalho, isto tem dado um pouco mais de motivação neles. A questão do psicológico, lá de recadinhos, de estímulos, cartazes de aniversário, as festas de confraternização, o projeto tem ajudado bastante (TS 6).

Experiências realizadas em outras instituições de saúde que focalizaram a identidade pessoal, profissional e institucional do trabalhador, visando sua integralidade (MATOS, 2002; MESQUITA, 2002; URBANETTO, 2002), vêm referendar o trabalho desenvolvido na instituição pública. Este, que pode ser encarado como um benefício aos trabalhadores, contribui não apenas para as relações de trabalho, no reconhecimento do trabalhador como multidimensional, como alguém que também precisa ser cuidado, mas também na própria assistência. O trabalhador necessita ser reconhecido no que faz e no que é, como um ser autônomo, singular, criativo e capaz de produzir mudanças, inclusive conquistando condições dignas de trabalho.

5.3.4 Formas de controle

Para que uma instituição funcione adequadamente, há necessidade do estabelecimento de normas claras, dos objetivos e da missão desta. Nas instituições de saúde estudadas, há o estabelecimento da missão e dos objetivos, bem como normas gerais foram delineadas, no sentido de dar um direcionamento aos trabalhadores. Mas, como bem alerta Dejours (1999, p. 57), *a disciplina, a ordem, a obediência e principalmente a submissão conduzem inevitavelmente à paralisia das empresas e das organizações*. Mais que disciplina, zelo e inteligência no trabalho, estas questões funcionam como motores da organização do trabalho, visando a eficiência desta. Neste sentido, as normas não devem ser rígidas, estanques e estabelecidas por apenas alguns “iluminados”.

Além disto, salienta Cecílio (2000), o estabelecimento de metas organizacionais envolve, acima de tudo, o jogo de poder entre os diferentes atores institucionais, mas que, mesmo considerando-se este jogo, a instituição deve estabelecer suas metas ou missão organizacional. O estabelecimento da missão, no entender deste autor, possibilita a articulação dos diferentes atores, estabelecendo inclusive consensos, pois estimula a equipe a pensar no seu objeto de trabalho, o ser humano, com mais materialidade e centralidade, além de esclarecer aos trabalhadores o seu compromisso social e a singularidade da organização e alimentar o processo de planejamento, ao expressar de forma mais concreta os objetivos da organização, estimulando a discussão e o uso de informações para a avaliação e planejamento.

Na visão de Cecílio (2000), o estabelecimento da missão passa necessariamente pela participação ativa dos trabalhadores e usuários, com o que concordo.

As instituições estudadas têm sua missão e objetivos estabelecidos, porém sem uma discussão com trabalhadores e usuários, apontando a forma autoritária, pautada nos moldes fayolistas, em que há uma preocupação com o estabelecimento de objetivos, mesmo que estes não traduzam o desejo dos atores institucionais. Assim, missão, objetivos e normas funcionam muito mais como formas de controle, do que direcionamento para os trabalhadores.

Na instituição privada, os trabalhadores apontaram como formas de controle, principalmente, o cartão ponto, “ameaças” quando faltam, autoritarismo da gerência, cobrança dos sujeitos do cuidado e familiares, determinando pouca participação dos trabalhadores nos rumos da instituição.

[...] os funcionários, a maior reclamação deles é assim, a chegada tardia, às vezes um minuto, não bate mais o cartão, tem que vir pedir para poder entrar, senão, não entra, mais de dois atrasos, já não é mais permitida a entrada. A falta é só com justificativa, não aceitam atestado de filho, eles não aceitam assim, às vezes, eles querem escolher o dia de folga deles. Quando tem um feriado, eles têm a liberdade, eles escolhem, mas eles têm um tempo, a gente não pode deixar o mês todo, e se eles não escolhem a gente coloca, mas não pode ser trocada aquela data. Então, a rigidez do trabalho ponto, do serviço de ponto, é uma reclamação deles. Porque para nós, como chefia, a gente é até um pouco mais liberado (TS 3).

[...] às vezes, estou no meu horário de sair, chega um paciente, aí vou ajudar as meninas, vou digitar, vou à farmácia, pensando que estou ajudando as meninas, mas não estou, daí chego ali em baixo, no recursos humanos, eles vão me penalizar porque eu saí atrasada, [...] porque eu vejo que está todo mundo agitado e eu tendo que ir embora, não podendo ficar um minutinho a mais, porque eles vão pegar quem fica depois do horário, então deixa a gente num estado de tensão, porque fica toda hora olhando no relógio (TM 11).

Na instituição privada, as normas envolvem ainda dados relativos à distribuição de leitos e rodízio mensal, o estabelecimento da assistência integral, as atribuições que cabem a cada trabalhador, de acordo com o nível de formação e unidade de atuação, as quais estão presentes no manual do Serviço de Enfermagem. A elaboração do manual também reflete a forma hierárquica em que as relações são estabelecidas, havendo certa divisão entre quem pensa e quem faz, mesmo que isto envolva apenas os enfermeiros da instituição. A fala abaixo reflete, de certa forma, a relação autoritária com que é desenvolvido o processo de discussão.

Quase todo o manual é assim, elas fizeram quase tudo, eu fiz mais a parte de teoria, e já estão agora sentando, revendo, exatamente por causa desta dicotomia que estão tendo no vocabulário. E justamente eu comecei a questionar, quando elas colocaram os conceitos, eu comecei a questionar o que significa este conceito para vocês, o que vocês pensam. Então hoje elas estão com a cabecinha bem mais questionadora, já

algumas, outras não (TS 1).

A maneira como a instituição cobra dos trabalhadores gera tensão, insatisfação, pressão. Tudo deve seguir as normas, os padrões, tudo deve ser registrado, como se o trabalhador não tivesse um ritmo próprio, além de não poder manifestar-se subjetivamente. Junto à pressão da instituição, há a pressão dos sujeitos do cuidado e familiares, os quais “sempre têm razão”, pois este parece ser um lema da instituição.

No mais, é ficar me policiando, eu acho que aqui no hospital é bom trabalhar, mas é trabalho sob pressão, é trabalhar sob pressão, é pressão da chefe, é pressão que vem acima dela e é uma coisa assim, que eles vivem inventando uma coisa assim, que eles vão deixando a enfermagem mais contra a parede, vão espremendo a gente contra a porta, às vezes trabalha, mas trabalha assim tenso, de uma certa forma, a gente percebe isso nestes funcionários mais novos que estão entrando, posso não posso, vou não vou, devo não devo, bem difícil (TM 9).

[...] essa pressão, o paciente recebeu alta, tem que arrumar a alta na hora, se ninguém atender tem que ficar ligando, ou então ir lá em baixo, o plantão não está para pegar uma guia, ou tem que fazer uma devolução, então tem que agilizar o máximo possível. Mesmo agilizando, acontece assim, o paciente nem recebeu alta e a família já está aqui no balcão, daqui eles não saem até tu lebares o prontuário, então, até os pacientes fazem uma pressão em ti, não só a instituição (TM 11).

[...] a pressão que existe aqui dentro. É a pressão em tudo, é chegar no horário, eu sei que isso é importante, para a passagem de plantão, é o horário, é o jeito que tu te vestes, é o jeito que tu falas com os médicos, com a gerência, com tudo, não é? (TM 8).

Os valores, as normas passam a ser introjetados, ou como diz Enriquez (2000, p. 19), passam a ser incorporados, como *um mecanismo que impede a individuação do sujeito, ou seja, a constituição de um ser autônomo e auto-referenciado*. Lembra ainda este autor, que *a organização, querendo estabelecer seu domínio sobre o inconsciente, tenta, na verdade, impedi-lo de aflorar, fazê-lo calar e construir indivíduos que se evitam uns aos outros*.

Mas se por um lado, as normas, disciplina e controle geram desgaste para alguns, para outros, geram certa segurança, como que apontando a necessidade de ter um direcionamento, principalmente quando recém-contratados pela instituição. Talvez o reflexo da pressão da instituição seja sentido com o decorrer do tempo, ou mesmo a instituição já tenha, com os trabalhadores novos, estabelecido o domínio sobre o seu inconsciente. Penso que duas podem ser as explicações para que os trabalhadores novos não sintam, ao entrarem na instituição, a pressão apontada pelos demais. Uma delas refere-se ao próprio medo da exclusão, em que tudo está bom, desde que garantido o emprego. Por outro lado, há as novas técnicas utilizadas pelas empresas, que pregam o vestir a camisa da instituição, como uma forma de controle do

trabalhador, tendo, desta forma, o domínio psíquico do trabalhador, para expropriá-lo ainda mais.

Há regras, as regras aqui são muito boas, há um zelo pela ética profissional, direciona isso muito para o profissional, ao funcionário, eu acho isso muito bom. Agora quanto às outras coisas eu não posso te dizer, porque eu estou a pouco tempo, por enquanto é bom, em relacionamento, às regras, à unidade. [...] eu não tenho nada o que falar, porque eu estou a pouco tempo aqui, é tudo, é uma organização extrema, tem aqueles horários, tem aquelas funções, as atribuições, não é aquela instituição que te joga dentro, tu vais trabalhar aqui (TM 2).

Percebe-se um conflito quando as normas são rígidas, inflexíveis, mas também quando não são claras e objetivas, quando se aplicam a uns e não a todos. A ausência de normas claras foi apontada pelos trabalhadores da instituição pública, como se a forma de organização necessitasse de um ordenamento.

[...] colocar assim, a norma é essa, o médico tem que aceitar, o enfermeiro, todo mundo, não um fala, um manda e outro desmanda (TM 20).

Regras aqui, o que acontece é que um dia você pode, outro dia você não pode, uma coisa que não pega muito, hoje você proíbe, mas amanhã já está liberado, então é uma coisa que se proíbe, é proibido. Às vezes, elas (as regras) são quebradas, de certa forma (TM 18).

[...] tem coisas, assim, que tem que ser acompanhadas com mais pulso, mais rigorosidade, que teria que colocar em prática, a questão de normatizar, estabelecer uma rotina sequencial para a questão de advertência verbal, ter tudo escrito, para todos os níveis, que extrapola a questão da enfermagem. Punição para todos os níveis, tanto para os médicos, como para a enfermagem, como para enfermeiros.[...] E já existe muita flexibilidade de outras partes, e nisso, então, tu te transformas um pouco diferente do grupo, então, tem poucas pessoas que são chatas, mas eu acho que eu bato o recorde da chefia. Mas eu acho que eu já acostumei com isso, com esse conflito eu já acostumei, eu não me preocupo com isso. Mas o que acontece, tem muita gente que deixa de tomar uma providência mais rigorosa porque também não foi tomado num nível hierárquico mais alto (TS 5).

A manifestação dos trabalhadores em relação à falta de regras claras pode estar relacionada à diferenciação de direitos dos trabalhadores, em função do tipo de contrato (estatutário federal, estadual, celetista). Mas, de qualquer forma, esta diferenciação é percebida pelos trabalhadores como ausência de normas e regras, o que acredito deva ser trabalhado na instituição.

Além disto, se, por um lado, faltam regras claras, há um forte controle estabelecido pelos próprios trabalhadores, no sentido de não “perderem” certas regalias, o que também acaba interferindo nas relações de compromisso entre os trabalhadores e com a própria instituição.

E se alguém abrir a boca; aqui não é Hospital X não, a outra já foi lá pegar a mania do Hospital X (TM 12).

[...] então a gente cuida para não perder isso, é tão bom que quando alguém começa a querer puxar, todo mundo cai em cima, todo mundo cai, mas espera um pouco, se eles perderem a paciência, todo mundo vai perder, nós vamos perder isso de bom, então tem o policiamento entre os colegas, do setor com setor (TM 20).

Nesta forma de organização interna, de controle, há que se destacar, ainda, a autoridade exercida pela gerência, a qual oscila entre a instituição privada, como autocrática, e a instituição pública, com um estilo de liderança mais flexível e democrático. Lembra Melo (2000, 162), que

o Brasil carrega uma tradição de sociedade autoritária, estruturada de modo fortemente hierárquico. As relações sociais se realizam sob a forma de tutela, do favor (jamais do direito), da dependência, da concessão e da autoridade. As leis sempre foram armas para a preservação de privilégios e instrumento para a repressão, sem definir direitos e deveres.

Na instituição privada, o modelo de gerenciamento pauta-se no modelo taylorista e burocrático, com uma hierarquia rígida e verticalização das decisões, além de uma “nulidade” dos trabalhadores no processo decisório. Mesmo salientando aspectos positivos do papel desenvolvido pela gerência, no controle da qualidade e quantidade de material, há a manifestação de insatisfação com o estilo gerencial adotado, com a centralização do poder.

Tem algumas coisas que eu acho que diminuiria para ela (gerente), algumas competências do enfermeiro, que desse essa confiança para a gente, porque acaba sobrando para ela. Tipo, ocorrência de ponto, tem que passar por ela, algum memorando de compra, tudo tem que passar por ela, alguma troca de horário passa por ela, algum pedido de férias antecipado tem que passar por ela, tem coisas que a gente poderia passar direto, mas tudo tem que passar por ela antes, então, acaba sobrando para ela, eu já diminuiria para mim isso, eu vejo que, às vezes, ela tem coisas que ela pega tudo (TS 3).

[...] a gerente de enfermagem foi muito radical nas mudanças, o que aconteceu, causou uma insatisfação e ninguém gosta dela aqui dentro, então, não pode só mostrar que tem autoridade, então não pode ser um relações públicas, eu penso muito, mas não ser radical, mudanças tem que existir, mas não ser radical, como às vezes, depois que eu saí de lá, eu vi como foi bom este rodízio, mas chegar e conversar, não chegar assim, fazer um comunicado, eu vou botar uma lista lá no mural, tal funcionário vai para tal ala, foi assim, foi radical, foi no mural, não foi comunicado (TM 10).

Já na instituição pública, o estilo gerencial flexível é apontado como positivo, mesmo que ainda não haja participação mais efetiva dos trabalhadores nos processos decisórios. Por exemplo, também nesta instituição o manual de atribuições do serviço de enfermagem foi elaborado por um grupo de enfermeiros, em outra gestão, sem a participação do corpo de

enfermagem, de uma forma geral, porém, reconhecem positivamente o trabalho desenvolvido pela gerente, no sentido de valorização do trabalhador.

E, eu acho que aqui a valorização não é 100%, mas a valorização é muito boa, por sinal a gerente tem uma relação ótima para a gente assim, tem ginástica, tem coral (TM 13).

(quanto à alguma participação nas decisões ...) Não, são eles (os enfermeiros) que decidem, só repassam, não tem uma maior discussão (TM 21).

Existe certa vontade também e a nossa gerente é uma pessoa bem acessível, bem acessível mesmo, não mede tempo para falar sobre uma coisa e se aprofundar naquilo, este é um aspecto bom (TS 5).

Leite e Ferreira (1998 b) lembram que, ao assumir um cargo gerencial, o indivíduo manifesta um poder pessoal e um poder funcional. O poder pessoal envolve aspectos relacionados à competência profissional, ao carisma, às habilidades de liderança, os quais variam de uma pessoa para outra. O poder funcional é definido pelas atribuições do próprio cargo na estrutura institucional. Estas duas faces de poder acabam se entrelaçando na ação gerencial. O que é visível, ao se refletir acerca das instituições estudadas, é que o estilo pessoal tem interferido na forma como a autoridade gerencial tem atuado, refletindo-se não apenas na organização dos processos de trabalho, mas sobremaneira, na administração das relações interpessoais na equipe.

5.3.5 Manifestação de desgaste do trabalhador – o (des)cuidado de quem cuida

Refletir sobre o processo saúde-doença é algo complexo, principalmente ao se considerar a multidimensionalidade do sujeito trabalhador, que envolve dimensões físicas, psíquicas, culturais, sociais, afetivas, racionais. Pensar no processo saúde-doença dos trabalhadores da área da saúde parece ainda mais complexo, pois estes, mesmo lidando diariamente com agravos à saúde, não conseguem cuidar de si, para cuidar do outro, bem como tem dificuldade em estabelecer a relação saúde-doença-trabalho.

O que leva os trabalhadores da área da saúde a pensarem que são imunes ao processo de desgaste gerado pelo trabalho, na enfermagem, ainda tem relação com a idealização do bem, da benevolência, da doação, como se trabalhador da área da saúde não pudesse ficar doente, inclusive sentindo-se culpado ou sendo culpabilizado pela empresa, ao ficar doente. Por outro lado, até que ponto os trabalhadores negam o desgaste, em função do medo da exclusão?

Ao perguntar aos trabalhadores de enfermagem se tiveram alguma doença ou acidente de trabalho no ano em curso, ou no ano anterior, a maioria destes respondeu negativamente, o que pode estar relacionado ao entendimento de doença como algo que os impede de trabalhar, negando o desgaste provocado pelo processo de trabalho. Vale salientar que não me detive nas patologias em si, mas no processo de desgaste de uma forma geral.

As respostas negativas foram predominantes na instituição privada, como se ficar doente fosse algo proibido. Dejours (1999, p. 47), em pesquisa realizada numa montadora, 20 anos após ter feito uma primeira pesquisa, aponta que, do ponto de vista subjetivo, há uma maior resistência dos trabalhadores atualmente, apresentando uma *capacidade de agüentar firme o tempo todo, sem relaxar, [...] sem se ferir e sem adoecer. As pressões e o ritmo do trabalho são, a bem dizer, “infernais”*. Esta maior resistência, segundo o autor, é decorrente do medo da exclusão do mercado de trabalho, levando o trabalhador a um sofrimento moral e físico intensos. Acredito que parte dos trabalhadores, na instituição privada, não manifesta seu desgaste em função da pressão da instituição em relação à faltas e atestados.

Por ser um hospital privado, o que a gente preserva muito é a presença do funcionário dentro da instituição. Se ele começa a pegar muito atestado, ele vai ser chamado, porque nós temos o médico do trabalho aqui dentro, nós temos o técnico de segurança do trabalho, então, se ele começa a pegar muito atestado, nós vamos chamá-lo, e conversar: olha, você está pegando muito atestado, não tem condições de você continuar trabalhando no hospital desse jeito, sua imunidade está muito baixa, o médico avalia. E a gente já começa trabalhar nisso. E falta, nem pensar em faltar sem comunicar (TS 1). (grifos meus)

Um atestado que tu tenhas que pegar, no outro dia, tu já és vista como, é a, é a funcionária do atestado, não é. Então, às vezes, quando tu chegas com um atraso, ou quando tu precisas sair por algum problema, tu já ficas com medo de pedir (TM 8).

Não, inclusive eu evito. Eu, assim, tem muitas vezes que menstruada, é normal, tem dores, mas eu venho trabalhar, até pelo fato da responsabilidade, mas não decorrente do trabalho, não (TM 8).

[...] funcionário paciente só dá despesa e eles podendo te colocar de lado para não ter que te medicar, não ter que te internar, porque acha que tu só queres atestado, então, nunca procurei (TM 9).

Silva (1996, p. 191) também detectou a dificuldade que os trabalhadores apresentam para relatar sintomatologias e patologias relacionadas ao trabalho, subestimando-as. Entre as justificativas para esta negação, aponta o fato do trabalhador automedicar-se e encontrar o próprio medicamento no local de trabalho, mascarando os processos de desgaste, bem como se utilizar do esquecimento das doenças como uma estratégia defensiva, mantendo à distância

o risco de adoecer, já que *o corpo representa a força capaz de produzir trabalho*. Destaca, ainda, que o desgaste é subestimado em função do que identifica como ideologia da vergonha, decorrente das críticas e comentários que são feitos, quando os trabalhadores necessitam ausentar-se para tratamento, como bem definiu TM 8 – “*é a funcionária do atestado*”.

Concordo com Silva (1996, p. 191), quando afirma que

os aspectos psicossociais, que implicam na omissão do desgaste do trabalhador de enfermagem, favorecem não só o agravamento desse desgaste, como contribuem para a não percepção das cargas de trabalho e para a não compreensão desse processo de trabalho como um todo articulado ao processo de produção em saúde da nossa sociedade.

Também como uma forma de negação do desgaste, vários trabalhadores referem cansaço, mas como se este fosse algo normal, como se fosse pouco ficar cansado, mesmo que, inclusive, interfira nas relações familiares, como uma forma de banalização do seu próprio sofrimento e do seu próprio desgaste. Além disto, este cansaço é ainda referido como algo que pode impulsionar.

A única coisa que acontece é eu chegar cansada, a única coisa realmente. Agora fora isso, nada, deixo aqui o que é daqui, estou chateada, é coisa daqui, pronto já passou, tem que ficar bem, porque eu acho que não tem que ficar remoendo a mesma coisa por muito tempo (TS 4).

O estresse que eu tenho no hospital, é um estresse que eu tiro proveito dele, é uma tensão necessária, que me impulsiona, que me dá mais energia para fazer as coisas, então, eu vou me empurrando pela tensão, tensão de não errar, tensão de me relacionar legal com os pacientes, de realmente entender o que eles estão passando e tentar dar encaminhamento como posso. [...] A enfermagem, ela não me cansa, eu não fico cansada pela enfermagem, existe o cansaço físico e o mental existe ocasionalmente, pelas situações que vão acontecendo. (Pergunto: Mas a questão da responsabilidade gera algum estresse?) Gera, gera sim, mas eu não tenho uma autocrítica suficiente para te dizer que ela é cumulativa ou que ela me acompanha (TS 5).

Do meu trabalho, na minha vida pessoal, seria a sobrecarga, nenhuma questão profissional, isto eu consigo separar bem. (o cansaço) isto é o normal, a gente chega em casa, não deixa de fazer tudo o que tem que fazer, claro, tem que ter sua responsabilidade, mas com a sobrecarga, dá uma certa desmotivação, mas eu procuro equilibrar bem isso (TS 6).

Em relação aos aspectos da organização do trabalho que levam ao desgaste, salientam-se, nas duas instituições, a sobrecarga de trabalho, a complexidade dos cuidados de alguns usuários, o volume de trabalho, quando há menos pessoal (principalmente nos finais de semana), destacando-se o turno matutino como o mais desgastante, em razão dos procedimentos de higiene e conforto, bem como as unidades de clínica médica, por terem

muitos usuários dependentes, além de terem um certo padrão rotineiro, que na visão dos trabalhadores desgasta, possivelmente relacionado à forma como vêem o sujeito do cuidado, considerando apenas sua patologia, e não sua unicidade como ser humano.

Tenho problema de coluna e está muito relacionado com o trabalho, tu estás pegando força demais, daí eu pegava paciente, tirava da cama, colocava na cadeira. [...] eu gosto de trabalhar a tarde, porque é bem menos desgastante, eu já trabalhei de manhã, também, eu gostava, mas a tarde é bem menos desgastante (TM 10).

O que mais desgasta, na verdade, em termos de clínica médica, o próprio banho, digamos, que é a higiene e conforto, exatamente por causa da postura e por causa da demanda, um fluxo grande de pacientes. Nós temos um número grande de pacientes dependentes, e mesmo porque, como a gente vinha colocando no início da nossa falação, este trabalho, é um trabalho que vai desgastando (TM 15).

[...] porque é o horário que é mais pesado, em clínica médica é mais pesado pela manhã, que é o horário do banho. O paciente cirúrgico levanta para tomar banho, aí tu vais lá e fazes o curativo, arrumas a cama, ainda quando está com os colegas, uns fazem o cama, enquanto o paciente toma o banho. [...]. É, aí tu vais fazendo os curativos e fica tudo pronto. Em clínica médica não, além do curativo é o banho, aí tem um vômito, tem diarreia. Porque tu estas dando o banho, estas dando o banho em outro agora, e aquele que tu acabaste de limpar está todo sujo. A clínica médica tem alcoolismo, psiquiatria, tudo vem para a clínica médica. Paciente cirúrgico, é só cirúrgico. A clínica médica é psiquiatria, é HIV, é alcoolismo, é paciente desorientado, além do paciente dependente, tem que cuidar para não fugir, porque em vista de outros, aqui, eles fogem, é muita responsabilidade, sinceramente (TM 17).

Acrescida a estes fatores, os trabalhadores apontam as condições de trabalho, além da infra-estrutura precária, com falta de material e pessoal, levando a um ir e vir constante, principalmente na instituição pública, como aspectos que geram mais desgaste, como já descrevi anteriormente. Nas duas instituições, este ir e vir constante está muito ligado ao fazer dos escriturários, apontado como um fator gerador de desgaste.

Qualquer dia eu vou ter (acidente de trabalho), eu acho que eu vou rolar destas escadas, de tanto que eu corro por aí (TM 11).

Tem dias que é bem cansativo, é como eu digo para ti, tem dias que é, tem dia que não é cansativo não, mas tem dia que é puxadinho. 3ª e 4ª, final da tarde, foram dois dias puxadíssimos (TM 14).

[...] isso aí não é tão organizado o trabalho, porque tu chegas, primeiro tu tens que pegar tudo, até tu pegares o paciente para cuidar, tu estás cansada, de tanto que tu já andaste (TM 12).

Mas é cansativo, muito cansativo, porque eu ando muito, às vezes, está faltando alguma coisa, está faltando uma pomada, faltou, eu paro tudo, vou lá e pego, então chego em casa morta, com as pernas assim ... (Pergunto: geralmente vais pela escada?) É porque o elevador demora, daí eu vou pela escada, daí eu vou correndo, volto correndo, às vezes, eu vou lá umas 10 vezes. Como ontem, que eu trabalhei o

dia inteiro, hoje eu levantei e disse: como é que eu vou trabalhar, meu Deus, como eu estou cansada (TM 19).

Ao serem indagados acerca de quais serviços procuram quando estão doentes, os trabalhadores relataram que procuram outro serviço de saúde, já que as instituições em que trabalham não lhes dão cobertura, principalmente na instituição privada, em que há uma limitação em relação às especialidades médicas. Na instituição pública, as queixas em relação ao atendimento são mais pontuais, sempre associadas a uma experiência negativa relacionada ao atendimento recebido na própria instituição.

Procurar só a instituição, não adianta [...] fui no médico e ele me atendeu assim, com, sei lá, eu estava com faringite também. Ele me deu atestado e tudo, mas quando eu saí, eu disse: o senhor não vai me dar atestado? Porque ele não queria me dar atestado, aí, ele assim: ah!, está, depois me deu. Mas daí eu imaginei, se tu fosses ali, eles deviam tratar melhor (TM 10).

Procuo sempre fora [...] Uma vez eu faltei, no início, eu faltei porque eu estava com uma ferida no útero, eu tive que cauterizar, estas coisas, daí eu fui chamada atenção, porque eu era uma funcionária nova, eu estava faltando, se continuasse a faltar, eles iam me colocar à disposição, uma coisa assim, que ele não vê a totalidade (TM 11).

[...] foi esta micose, provavelmente eu peguei aqui dentro, e agora eu vou começar a tratar. E eu sei que foi aqui dentro porque eu não tinha isto antes. Então eu consegui o dermatologista aqui embaixo, que não tinha indicação de outro médico, então a enfermeira marcou, tem estas coisas assim, que dá um apoio para ti. Porque normalmente é assim, precisa de outro médico, não, marcou direto, é uma micose, tem que tratar com ele mesmo, então marcou, tem estas coisas assim (TM 20).

Lima Jr. e Ésther (2001, p. 21) lembram que as atividades desenvolvidas em ambiente hospitalar abrangem fatores geradores de insalubridade e penosidade, que acarretam agravos à saúde dos trabalhadores, e que, mesmo assim, existe pouca preocupação nas instituições de saúde com a proteção, promoção e recuperação da saúde de seus trabalhadores. Apontam esta como uma *situação paradoxal, porque, ao mesmo tempo em que o hospital tem como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, favorece o adoecer das pessoas que nele trabalham.*

Além disto, o serviço de medicina do trabalho não corresponde às expectativas dos trabalhadores. Isto porque o médico do trabalho também é um trabalhador da instituição e muito mais que defender os trabalhadores, de uma maneira geral, ele defende a instituição, e sua preocupação maior é devolver o trabalhador ao processo de trabalho.

Em estudo realizado anteriormente, detectei a culpa que é colocada ao trabalhador, que não quer ausentar-se do trabalho, às vezes por companheirismo, para não deixar a equipe na

mão, às vezes para não ser repreendido, ou mesmo em decorrência da organização do trabalho, em função da divisão das tarefas (GELBCKE, 1991). Em relação à forma de organização do trabalho, a divisão geralmente é pré-determinada, levando ao trabalhador a se questionar se realmente irá faltar ao trabalho, pois sabe que, em muitas situações, não há substituição. Vale a pena salientar que, nos cálculos de pessoal, há um percentual para cobertura de férias, faltas e atestados, percentual este que varia entre 20 a 40%, mas que parece não atender à finalidade, pois na maioria das instituições, este número não é seguido regularmente, suprimindo férias, mas dificultando na substituição de faltas, principalmente quando estas não são previstas com certa antecedência. É justamente neste sentido que os trabalhadores se sentem culpados e mesmo ameaçados, como se intercorrências de saúde sempre pudessem ser previstas, sendo por isso cobrados por seus chefes, principalmente na instituição privada.

Também, naquele estudo, as queixas em relação ao serviço de medicina do trabalho (perícia médica) coincidiram com as encontradas neste, ou seja, os trabalhadores não sentem respaldo no setor de perícia, referem descaso em relação ao atendimento recebido, que não condiz com o necessário a alguém que precisa ser cuidado, sendo vistos como mais um atestado, mais uma falta (GELBCKE, 1991). Desta forma, percebe-se que o serviço de perícia cumpre seu papel de devolver o mais rápido possível o trabalhador ao processo de trabalho, assumindo um papel de controle e não a atribuição social que lhe cabe, o que ficou mais claro também na instituição privada.

Aliados a estes fatores, muitas vezes, os acidentes de trabalho ou doenças são vistos como responsabilidade, ou culpa do trabalhador, que não usa os equipamentos de proteção individual, que não presta atenção, sendo necessário conscientizá-los.

Isto, porque nós temos a caixinha de material perfuro-cortante, não como o serviço está organizado, está sistematizado, mas pela questão do cuidado dele mesmo. Ele sabe que quando vai puncionar uma veia ele tem que ter o cuidado “x”, às vezes, ele coloca o bendito abocath, o mandril do abocath deixa jogado de qualquer jeito, alguns sabem que não podem reencapar agulha, e, acabam reencapando a agulha. Às vezes, não é pela questão da organização. É pelo descuido mesmo. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar já trabalhou em cima, a técnica de segurança já trabalhou em cima, já deu treinamento e, às vezes, ainda acontece um monte de coisas assim. O perfuro cortante foi assim, tem uma que foi na cama, tem outra que quando foi tirar do paciente, eu não sei como que pulou na mão, então são algumas coisas [...] Conscientização, o funcionário ter mais consciência da importância de cuidar de si, seguir com normas estabelecidas (TS 1).

Mas será culpa do trabalhador, como se este buscasse não cumprir com o determinado? Será que este não tem conhecimento necessário? Estes problemas parecem estar relacionados

à forma como a instituição tem organizado o trabalho da enfermagem, muitas vezes imprimindo um ritmo além do que o trabalhador pode executar, esperando dele algo muito distante da “consciência” e muito próximo da sujeição somente às necessidades do trabalho. Acredito, sim, que o trabalhador tem que estar ciente dos aspectos que interferem no seu processo de desgaste, mas muito mais para reivindicar melhores condições de trabalho, do que para submeter-se ao jugo da instituição, rompendo, desta forma, com a apatia que o imobiliza. Além disto, o trabalhador deve ter ciência de que é necessário cuidar de si para cuidar do outro, porém apenas um trabalhador expressou esta necessidade, aliada à forma como o trabalho influencia em sua vida, ou seja, o estado dos usuários e o conhecimento das patologias leva à reflexão de que é preciso se cuidar.

[...] se a gente começa a pensar, começa a se cuidar, eu pelo menos começo: olha, alimentação, sono, isso, aquilo, porque pode acontecer isso, pode acontecer aquilo (TM 20).

Penso que esta situação é fruto da própria história da profissão, permeada por valores religiosos, destacando-se a submissão, a devoção, a doação, o altruísmo, e o esquecimento de si, em função do cuidar do outro, levando a sentimentos de frustração, raiva, impotência, baixa auto-estima, entre outros (ROBAZZI; MARZIALE, 1999), bem como certa alienação do trabalhador, que não percebe (ou faz que não percebe, como mecanismo de defesa) as cargas a que estão expostos no seu dia a dia de trabalho.

Afirma Beck (2001, p. 177) que o trabalhador, ao ter contato com o sofrimento, quer do usuário ou o seu próprio, mobiliza sentimentos, sensibilizando-se, desenvolvendo consciência acerca deste sofrimento. Porém, quando há uma tendência à *banalização do sofrimento do trabalhador diante da organização do trabalho, das suas dificuldades pessoais ou diante da dor do paciente*, existe alienação. Este processo de alienação, no dizer desta autora, se não trabalhado no sentido de revertê-la, levando à desalienação, conduz, com o passar do tempo à automatização e robotização das ações, *trazendo infelicidade, desprazer, sofrimento e doenças psicossociais*.

Mesmo identificando de forma mais objetiva os aspectos organizacionais, os trabalhadores de enfermagem ainda têm um longo caminho a trilhar, no sentido de minimizar o processo de desgaste decorrente destes aspectos. As precárias condições de trabalho, a divisão parcelar, a assistência funcional, a distribuição de pessoal nos turnos de trabalho, as longas jornadas, são aspectos que, com mais frequência, têm sido apontados como determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem (ALVES, 1987, 2000;

MANTOVANI, 1987; MARZIALE, 1987; MONTEIRO, 1987; SILVA, 1988, 1996; ROBAZZI; MARZIALE, 1999; LANGE *et al.*, 2000; LIMA JR.; ÈSTHER, 2001), aspectos estes que continuam presentes no cotidiano da profissão e que não foram enfrentados nem pelos trabalhadores, nem pelas próprias entidades de classe.

Associados a estes, encontrei ainda as formas de controle institucionais, pelo reforço da autoridade da gerência. Elas trazem delineadas as relações de poder, além das formas de controle estabelecidas pelos próprios trabalhadores, mais no sentido de não “perderem” certos ganhos secundários (flexibilidade de horário, de trocas de plantão), caracterizados por Beck (2001), também, como uma forma de banalização, e que interferem sobremaneira nas relações de cooperação e solidariedade.

O papel desempenhado pelo enfermeiro, que gera a ele e à sua equipe, relações conflituosas, acentuadas pelo não transitar de forma clara e precisa entre o cuidar, o gerenciar e o educar, como aspectos da própria organização do trabalho, geram desgaste e sofrimento no trabalhador, que, por meio da sublimação, banaliza estes aspectos como inerentes ao seu fazer cotidiano, como se nada pudesse ser mudado, alterado.

As formas de enfrentamento desta situação ainda não são claras para os trabalhadores de enfermagem, talvez porque ainda continuem presentes os ideais religiosos, apesar da trajetória da enfermagem, no sentido de substituir a idéia do anjo de branco com a de profissional, a qual sempre foi *marcada por conflitos, preconceitos, desgaste, sofrimento e luta por espaço laboral* (LIMA JR.; ÈSTHER, 2001, p. 30). A alteração das formas de organização da enfermagem passa pela discussão mais geral das formas de organização das instituições de saúde, do avanço e modernização da gestão destas instituições, e, mais que isto, passa necessariamente pelo reconhecimento de que é preciso mudar, é preciso avançar e que muito depende da enfermagem, da maneira como esta intervém na instituição, na ocupação dos espaços, no desenvolvimento de um trabalho mais integral, que possibilite o estabelecimento da cooperação e da solidariedade dos trabalhadores, bem como de uma interação maior com o sujeito do cuidado.

5.4 Aspectos relacionais - a subjetividade do sujeito trabalhador

A estrutura hospitalar, como as demais organizações, é um espaço em que transitam diferentes atores, cada qual com objetivos diversos, individuais e corporativos. Eles manifestam, neste espaço, sua identidade pessoal, profissional e institucional. Entrelaçar estas identidades, que compõem a multidimensionalidade do sujeito trabalhador, implicando-as à multidimensionalidade do indivíduo que procura os serviços de saúde, é algo que, por vezes, parece impossível, mas extremamente necessário, principalmente quando se quer alterar o *status quo*. Destaca-se, ainda, a particularidade do trabalho em saúde, que está carregado de relações interpessoais, distinguindo-o de outros ofícios (CAMPOS, 1997).

Ao afirmar que o trabalho é um espaço de vida, sendo um dos elementos de reafirmação da existência social, e que no espaço hospitalar se manifestam diferentes saberes-poderes, várias são as interrogações que se apresentam, tais como as manifestações de poder. É de se questionar se há possibilidades de alteração dessas relações de poder e como estes diferentes saberes-poderes interferem na saúde do trabalhador.

Neste espaço, é necessário ampliar a possibilidade de manifestação da subjetividade, da autonomia, da liberdade, mesmo que o trabalho aconteça num ambiente marcado pela dor, tristeza e morte, para que os trabalhadores de enfermagem não percam o encantamento com o trabalho que realizam, manifestado por sentimentos de alegria e prazer.

Por outro lado, as relações com os usuários também têm sido relações de poder, que se estabelecem sempre de maneira conflituosa.

Frente a estas questões, pensar no espaço hospitalar e na sua organização, nas relações que aí se estabelecem, nos conflitos, nas relações de poder, na subjetividade dos trabalhadores e usuários, é pensar num emaranhado de relações: **dos trabalhadores com os usuários e seus familiares; dos trabalhadores com a sua própria família; dos trabalhadores entre si, quer na equipe multiprofissional, quer entre seus próprios pares; dos trabalhadores com a hierarquia institucional.** Estas relações, por vezes conflituosas, por vezes harmoniosas, podem se externar em **sentimentos de alegria e prazer, raiva, desprazer e sofrimento**, expressos pelo sujeito trabalhador, apontando os encantos e desencantos com o mundo do trabalho.

Estes são aspectos a serem trabalhados nesta categoria analítica, em que a manifestação da subjetividade e as relações, entrelaçadas pelos aspectos estruturais e organizacionais, estão

presentes. Pretendo aprofundar algumas das questões expressas anteriormente, mas sabendo, de antemão, que muitas interrogações permanecerão sem respostas, até porque algumas fogem ao foco central deste estudo. Acredito, no entanto, que abordar os aspectos relacionais como um dos focos inerentes à organização do trabalho, e a relação destes com o processo de desgaste, supre uma lacuna existente nos diferentes estudos acerca da profissão, já que os conflitos relativos à equipe de enfermagem sempre foram tratados tomando-se por base a abordagem da divisão social e técnica do trabalho, mas sem aprofundar a discussão das relações, a partir da perspectiva do sujeito trabalhador em sua multidimensionalidade. Além disto, também visualizo o significado das relações com os usuários, numa perspectiva que suplanta a mística da doação, da vocação, do bem, para um entendimento do significado das relações entre trabalhadores e usuários, na ótica do processo de trabalho, em que o sujeito trabalhador não só presta uma assistência, mas assume o compromisso com a promoção da saúde, com a defesa da vida e da cidadania, pois, no dizer de Campos (1997, p. 242), *defender a vida é o que assegura valor de uso ao trabalho em saúde e, portanto, a ética dos profissionais de saúde não poderia estar fundada em outro princípio que não fosse o de defesa da vida.*

5.4.1. Trabalhador e sujeito do cuidado

As relações que se estabelecem entre trabalhador e sujeito do cuidado são, muitas vezes, “atravessadas” por contradições expressas no *trabalhar para cuidar/tratar/curar versus trabalhar para sobreviver*, interferindo na identidade do trabalhador, bem como na relação de afeto deste com o usuário (LIMA JR.; ÉSTHER, 2001).

As contradições também se manifestam na fala dos trabalhadores, que apontam satisfação na troca, nas relações com o usuário, ao mesmo tempo em que referem exaustão em função das exigências dos sujeitos do cuidado. Entendo que esta contradição é fruto das características da própria profissão, que trabalha com sentimentos de dor, morte, sofrimento, medo, para as quais nem sempre foi preparado (afinal, fala-se em preparo psicológico do usuário, mas os trabalhadores têm algum preparo psicológico para enfrentar estas adversidades da profissão?), gerando desgaste físico e psíquico, principalmente ao se trabalhar sobre um corpo individual significativo, por sua história e seu sofrimento, tendo, muitas vezes, que suplantar preconceitos, traumas, medos, inibições.

Na fala dos trabalhadores, os aspectos positivos das relações com os usuários e seus familiares são os mais salientados, principalmente quando há melhora do quadro, ou quando alguma ação realizada surtiu efeito.

E o paciente e o acompanhante também podem ser uma fonte de alegria e de tristeza para ti. Porque, às vezes, você faz tudo e por um momento, por um momento que você não disse, estou aqui do teu lado agora, ele já ... Você conheceu a V.? [...] nos últimos tempos de vida dela as medicações para dor não surtiam mais efeito. [...] E como nos últimos tempos o remédio não adiantava mais, algumas vezes, de madrugada, você segurava a mão dela, você abraçava ela e você ficava. A única coisa que você podia fazer por ela. Daí, quando ela melhorava, a primeira coisa que ela falava para o médico, para o teu chefe, para todo mundo, é que você tinha feito aquilo por ela. Então você falava: pôxa! Eu fiz sem intenção e como para ela foi importante. Então, às vezes, você faz as ações e não fica pensando o que você vai lucrar com isto (TM 20).

[...] o C., já me deu muita alegria, porque quando ele começou a desenvolver, quando ele saiu a primeira vez no solário, fui eu que levei, ele chorou, eu me emocionei, são momentos assim. Quando ele tirou a traqueia, quando começou o desmame de O2, para mim é uma alegria, porque é um paciente que chegou na unidade sem chance nenhuma e está mostrando que vai melhorar e vai sair daqui (TM 2).

Eu tenho muita vivência em psiquiatria, por isso eu puxo muito para este lado sentimental, porque não adianta você saber preparar uma injeção e não adianta você não saber preparar o paciente para tomar aquela injeção. Porque, às vezes, você sabe que tem uma injeção para aplicar e ele vai sentir dor, tem medicações que não tem, que ele vai sentir dor, então tem que preparar o paciente, preparar que ele vai sentir dor, mas a expressão que você passa, de segurança, esta parte é interessante (TM 5).

Lima Jr. e Ésther (2001, p. 28) encontraram dados semelhantes, em estudo num hospital universitário, em que os trabalhadores apontam a satisfação e a realização no trabalho quando assistem diretamente os usuários, acompanhando sua evolução e recuperação, reconhecendo o cuidado como a essência de seu trabalho. Afirmam que *o convívio com o sofrimento e a dor do outro instaura conflitos e contradições inevitáveis*, que geram desgaste em função do envolvimento emocional, mas que os trabalhadores sentem-se recompensados com a realização do seu trabalho.

As falas também apontam uma mudança no comportamento dos usuários, para a qual a enfermagem sempre lutou, ou seja, que o usuário não fosse visto como um usuário, “passivo”, mas como um sujeito ativo no seu processo saúde-doença. Esta mudança de comportamento, no entanto, tem exigido mais dos trabalhadores de enfermagem, que percebem pressão sobre o seu trabalho, a partir das exigências dos usuários e familiares, principalmente na instituição privada. Acredito que esta maior exigência na instituição privada se deva ao fato do usuário estabelecer com este tipo de instituição uma relação de compra de serviços, tanto que alguns

autores apontam que, nestas instituições, o doente é visto como cliente, como consumidor, mais na lógica do mercado, da lei de demanda e oferta de serviços, sendo visto como usuário nos serviços públicos, já que nestes não há muita opção de escolha (CECÍLIO, 2000).

Os pacientes estão cada vez mais exigentes, também é um fator que a gente percebe, principalmente, eu vejo alguns anos, quando eu comecei na profissão, tipo de paciente que a gente tinha, tudo estava bom, agradecia, questionava o tipo de medicação e tudo mais. Hoje, em compensação, a impressão que dá é que você faz, você faz e nunca está bom. [...] o paciente não é mais tão paciente, não é tão passivo, e isto exige um trabalho mais qualificado, e por outro lado isto também ajuda, mas, por outro lado, também suga demais as nossas energias, e, às vezes, não é só o paciente, mas também a família exige tanto quanto ele (TS 1).

Acredito que a enfermagem sempre lutou para que os “doentes” deixassem de ser vistos como pacientes, e, neste sentido, várias foram as denominações utilizadas: cliente, usuário, sujeito do cuidado, sujeito hospitalizado, mas ainda não se trabalhou internamente na profissão para que o indivíduo que recebe os cuidados seja realmente um cidadão, com direitos de escolha, com mais autonomia e liberdade. Desta forma, os conflitos ainda aparecem nos discursos, em que ser exigente representa desgaste. Na verdade, acredito que todos os usuários deveriam ter poder de escolha, independente do tipo de instituição que lhes assista, e, com certeza, os trabalhadores precisariam estar mais qualificados.

[...] a gente mais procura trabalhar nos nossos treinamentos é isto, porque o nosso cliente é muito exigente nesta área da abordagem, não só a abordagem do falar, mas até na abordagem física mesmo, na forma dele vestir, na forma dele entrar no quarto, de dar o bom-dia, de bater na porta e de pedir para entrar, isto é o que mais procura se trabalhar com relação ao funcionário mesmo, desde quando ele entra no hospital, que ele recebe em média de três treinamentos (TS 1).

No entanto, não somente as instituições privadas devem preocupar-se com a qualificação dos trabalhadores. Esta preocupação deveria ser uma constante, pois como já afirmei anteriormente, a educação continuada deve ser uma premissa da enfermagem, não só no sentido de qualificação da mão-de-obra, mas no sentido de possibilitar ao sujeito trabalhador um crescimento individual e não apenas profissional, tornando-se cada vez mais crítico, capacitado e consciente do seu trabalho, exercendo, desta forma, seu direito de cidadania.

Carapinheiro (1993), em estudo acerca dos saberes-poderes em instituições hospitalares, aponta o papel de intermediação que o pessoal de enfermagem exerce entre a equipe médica e os usuários. Afirma que os trabalhadores de enfermagem utilizam-se da ritualização das rotinas não apenas no aspecto técnico, mas como instrumental para evitar maior interferência nas relações entre médicos e doentes. Neste sentido, *o pessoal de enfermagem funciona*

primordialmente como os principais agentes de manutenção da ordem e da calma no serviço e do respeito à autoridade médica, colaborando, assim, para a conservação dos princípios da autoridade hospitalar (CARAPINHEIRO, 1993, p. 270-1).

Outro trabalho nesta linha é o de Leopardi *et al.* (2000, p. 13) que, em estudo sobre o cruzamento de poderes em uma instituição hospitalar pública, encontram a mesma densidade ritualística, ou seja, jogos de poderes e de interesses, mais individuais que corporativos, expressos pela aderência às normas, para controle do outro e de si mesmo e do material, facilitando a organização do trabalho e impondo regras de convivência. Por esta razão, segundo as autoras,

o drama, ao invés de ao redor do paciente, ocorre em torno do médico, ainda que esta determinação seja percebida como características do papel, e não relativo ao poder ou a interesses corporativos e individuais, uma vez que estes parecem mais frouxos. Nas falas, os trabalhadores revelam, porém, subliminarmente, que sem aderência do médico os outros trabalhos não acontecem.

Ritualizando as rotinas, mantendo a ordem, os enfermeiros, no dizer de Carapinheiro (1993), acabam por rotular os doentes como “colaborador” e “não-colaborador”, de acordo como estes se portam frente ao tratamento instituído. Como referem Leopardi *et al.* (2000)

o ritual possui certa rigidez, e margens de flexibilidade, por outro lado. Porém, as rotinas não são fáceis de serem quebradas, pois podem comprometer o trabalho, ameaçar e expor o sujeito do trabalho, além de acrescentar elemento novo e desconhecido para o grupo que assume a seguir e que tenha expectativas prévias sobre o que fazer.

Os doentes, por sua vez, estabelecem estratégias com a equipe médica, e principalmente com a equipe de enfermagem, no sentido de obter maiores informações sobre tratamento, diagnóstico, prognóstico, entre outros. Entre estas estratégias, utilizam a imagem de “bom doente”, esforçando-se por agradar a equipe de enfermagem, causando menos incômodo (CARAPINHEIRO, 1993) e, obtendo assim, as informações desejadas.

Este trabalho de Carapinheiro é de extrema valia para a enfermagem refletir acerca do seu fazer, da organização do trabalho, bem como das relações que estabelece com os usuários, pois muitas vezes, talvez até sem se dar conta, rotula mesmo o doente como colaborador e não colaborador, estabelecendo preferências, principalmente por aqueles que lhes causam menos incômodo. Assim, ser exigente passa a ser não colaborador e gera desgaste. Por outro lado, o trabalhador se sente bem, quando seu trabalho é reconhecido, valorizado, mesmo que por pequenas ações dos usuários e familiares.

Tem paciente que marca churrasco para nós, eles marcam mesmo, dia tal, tem um churrasco para vocês, vocês cuidaram de mim, merecem, e fazem e vão. Por isso, que é bem bom, uma troca bem boa e rápida também (TS 3).

A gente tem recebido assim, mais cartas de elogio, de parentes de pacientes e tudo, do que críticas, muito, muito. Ultimamente tem sido assim, a gente recebeu coisas assim, no jornal, em rádio, cartas endereçadas ao diretor, cartas que foram para a secretaria de saúde, da secretaria veio para o diretor, então, a gente fica contente com isto, porque as pessoas só vêem o lado ruim, como a gente é humano, claro que alguma coisa vai errar, mas a gente tem recebido muito agrado mesmo, neste sentido, de uma palavra, de um agradecimento, que vai embora, tem paciente que liga, então, tem coisas bem boas (TM 20).

E o que me dá mais prazer ainda, trabalhando naturalmente, que as pessoas entendem que você está fazendo o seu papel, e eles te deixam, pode ser uma florzinha, mas ele reconhece o teu trabalho, então quando o paciente faz isso eu fico muito feliz. Eu não peço nada em troca, mas quando ele faz isso, é uma coisa muito gostosa, muito prazerosa. Algo espontâneo, a gente não espera (TS 7).

O reconhecimento, a valorização pelo trabalho desenvolvido é algo que gera satisfação e que é reconhecido pelos trabalhadores como algo que acaba mexendo com a auto-estima. Quando falam deste reconhecimento, há um desabrochar de emoções, tanto que TM 20, durante a entrevista, enche os olhos d'água, ao referir-se a esta questão. E mesmo que a enfermagem ainda não tenha reconhecimento social, enquanto uma profissão necessária, pois lida com algo precioso – o direito à vida, mesmo que se mantenha à margem no mercado de trabalho, que ainda esteja submetida a baixos salários e péssimas condições de trabalho, tem, neste reconhecimento dos usuários, um passo para a valorização profissional.

Os trabalhadores destacam, também, a relação com os familiares dos usuários, que por vezes é satisfatória e harmoniosa, em que há inclusive um compartilhar dos cuidados, e por outras é conflituosa, expressa principalmente pelas exigências.

[...] o filho da paciente, ele colocou para a enfermeira, que era pessoal, ele não gostava da minha pessoa e então nós achamos por bem não entrar mais no quarto (TM 6).

[...] às vezes, porque tem que dar mais atenção, às vezes, o acompanhante demora mais que o próprio paciente, às vezes, sim. Mas, por outro lado, é bom, porque tem muitos familiares que ajudam, ajudam no banho, estão sempre prontos, por um lado é bom (TM 1).

Isso, pelos pacientes, que muitos não te agradecem, às vezes, criticam, a família é pior que o paciente, tu nunca consegues, raramente tu consegues causar alegrias para eles, eles sempre tem um pé atrás. Até uma folga, umas férias que tu pegas, tu voltas, tu vais fazer a medicação para eles, eles dizem assim: eu não te conheço, estou aqui desde terça-feira, eu ainda não te vi, como é que tu vens me dar remédio? De eles não confiarem na gente, de eles (os pacientes) fazerem fofoca da gente (TM 12).

Pode-se perceber que as relações com os familiares se agudizam quando estes não vêem o trabalhador como um ser humano, mas como alguém que está ali só para lhe servir. A função do trabalhador de enfermagem é, sim, cuidar, e da melhor forma possível, mas este trabalhador também tem sentimentos, emoções, que não consegue deixar de expressar no seu cotidiano. Na enfermagem, muitas e muitas vezes ouvimos dizer que “ao entrar no hospital o trabalhador deve deixar sua vida lá fora”, como se isto fosse possível, sem incorrer em grave incoerência com a afirmação da integralidade humana, pela compartimentalização do trabalhador, que precisa deixar de ser o que é para assumir um papel que não admite a intromissão de algo tão “insípido” como a sua história de vida.

Na instituição pública, o modelo assistencial também foi apontado como interferindo nas relações dos trabalhadores com os usuários, o que, de certa forma, já apontei anteriormente. O fato dos trabalhadores não adotarem uma metodologia da assistência explícita, bem como o modelo funcional, que fragmenta a assistência, provoca uma interferência de forma negativa no estabelecimento destas relações, o que é apontado pelos trabalhadores de nível superior, mas não sentido pelos de nível médio. Na instituição privada, o modelo assistencial e a forma de passagem de plantão, facilitam a interação.

A própria interação com o paciente, com o familiar, fica uma coisa muito mecânica, chegam, fazem a função e deu (TS 6 – referindo-se ao modelo funcional).

Então, para a equipe, isto foi muito bom e para o paciente isto foi formidável, porque criou um elo de ligação muito grande entre paciente e funcionário, porque ele sabe quem cuidará dele (TS 1 – referindo-se à passagem de plantão).

Ao refletir sobre o significado da relação entre trabalhador e usuário, percebo que há avanços, que há um reconhecimento do trabalho realizado, que isto traz satisfação aos trabalhadores, mas que ainda existem conflitos, que acredito tenham relação com aspectos estruturais (o reconhecimento da profissão, os baixos salários, as condições de trabalho), bem como com a organização, que impede a manifestação da subjetividade, em função das normas e rotinas, da rigidez do trabalho, da inflexibilidade, levando à ausência de liberdade e criatividade. Além destes fatores estruturais e organizacionais, os trabalhadores ainda se defrontam com a *obrigação de se postar diante do paciente sempre como profissional, não lhes sendo permitido expressar suas angústias, tristezas, preferências ou recusas por esse ou aquele paciente* (LIMA JR.; ÉSTHER, 2001, p. 29). Desta forma, a sua subjetividade fica bloqueada, gerando também desgaste, pois se sentem obrigados a cuidar de alguém, por quem não têm empatia, para seguir as normas.

Estas são questões a serem enfrentadas, quando se pensa na organização do trabalho e em seus aspectos relacionais. Há que se ter em mente que as relações são desgastantes, mas também são fontes de prazer e satisfação. Além disto, o trabalhador necessita ter ciência de que é junto ao usuário que conseguirá o reconhecimento profissional, cuja ausência tanto desgaste e desagrado tem propiciado aos profissionais e, neste sentido, há que estabelecer seu compromisso com a defesa da vida, com o entendimento do usuário como cidadão, como ser integral, único, indivisível, com desejos, sonhos, paixões, subjetividade.

5.4.2 O trabalhador e sua família

O trabalho ocupa um terço de nossa vida, se computadas apenas as horas trabalhadas (considerando 8 horas diárias de trabalho), mas ao se considerar o trajeto para ir e vir ao trabalho e o fato de, muitas vezes, permanecermos ligados a ele, por conta da preocupação com os sujeitos do cuidado, o trabalho, na área da saúde, tem ocupado um espaço muito maior, interferindo no lazer, no descanso, nas relações com os amigos e familiares.

Porém, quando questionados se o trabalho interfere em sua vida familiar, muitos trabalhadores negaram esta interferência, como se fosse possível manter o público e o privado sempre distantes, numa tentativa inconsciente, talvez, de resguardar o seu espaço de subjetividade.

[...] o que é daqui é daqui, o que é de casa é de casa (TM 12).

[...] eu acho que é assim, desde o momento que eu saio de casa, os problemas ficam lá fora, na minha casa, aqui do hospital, fica aqui no hospital. Às vezes, se tu estás magoada, ou qualquer coisa, tu até comentas com o teu filho, com o teu marido (TM 14).

Eu não tenho problema, eu não misturo, eu chego no hospital, a casa eu esqueci, eu chego em casa, o hospital também esqueci. Não levo nada daqui para casa, a começar eles não gostam, detestam, de morte, de cliente, eles nem querem saber (TM 17).

Consigo separar bem, bem mesmo. Eu procuro deixar as coisas encaminhadas, de modo que eu não tenha que olhar para trás, não tenha que chegar em casa e ligar para cá, dar um recado para este, um recado para aquele, e moro bem longe do hospital, porque se eu morasse perto, eu acho que acabaria me envolvendo (TS 5).

Separar o trabalho da vida em casa, é anular uma parte de si mesmo. Não podemos e não queremos viver o trabalho 24 horas por dia, pois precisamos de lazer, do contato com os

familiares, inclusive como uma forma de “reabastecer”, mas também não é saudável negar a influência do trabalho no cotidiano das relações, pois significa uma forma de inconsciência.

Sgreccia (1997, p.250) adverte para uma premissa ética de fundo sobre a relação trabalho e saúde, dizendo que o risco e as agruras do trabalho podem ser enfrentados em certas condições, tais como *esperança de contribuir para o bem comum, de caráter urgente e necessário, [... desde que] o risco seja assumido livre e conscientemente*, o que, de certa forma, não ocorre, quando o trabalhador, para apagar a dor e o sofrimento pelos quais passou durante a sua jornada de trabalho, adormece a memória, talvez para renovar esta esperança.

Monteiro e Gomes (1998, p. 350), citando Seligman-Silva, afirmam que há uma complexidade que envolve o ambiente de trabalho e o mundo doméstico, um interferindo no outro. Salientam, ainda, baseados novamente em Seligman-Silva, que as atividades desenvolvidas no tempo livre, podem ser consideradas como *defesa contra o esvaziamento existencial e o cortejo de manifestações de sofrimento mental associadas ao trabalho e como componente importante na consecução de melhores padrões de qualidade de vida*.

Esta dicotomia entre vida profissional e pessoal surge, então, como uma estratégia defensiva, o que também foi evidenciado por Beck (2001), quando trabalhadores indicam a interferência do trabalho na sua vida diária, na relação com a família, com os filhos, uma vez que o trabalho passa a ocupar o lugar da vida, principalmente para aqueles trabalhadores que têm uma dupla jornada de trabalho. A instituição suga o trabalhador, que nem sempre percebe esta situação, encarando-a com normalidade.

Minha mulher reclama muito pela minha jornada de trabalho, começa por aí, meu filho fala toda a vida quando eu saio: vai trabalhar de novo? Já vais trabalhar de novo, nem chegaste? Eu cheguei hoje em casa era 8:00 hs da manhã, deu tempo de tomar um banho, brincar um pouquinho com o meu filho, para dar uma disfarçada, me arrumar, almoçar, para vir trabalhar de novo (TM 5).

[...] até na nossa conversa diária, com a família, com os amigos, sempre sai o hospital, porque eu levo muito a vida dentro do hospital para fora. Sei que não posso, não é, que não em relação a assuntos particulares, mas em família, a gente conversa muito do que eu sinto aqui dentro e eu levo muito para fora (TM 8).

A gente sai de casa, deixa, eu tenho três filhos pequeninhos, e eu deixo a minha família lá fora, abnego o mundo lá fora, então eu venho para cá porque eu quero fazer um trabalho que vá me trazer coisas boas e terminando o meu dia, eu acho que tentei fazer da melhor maneira possível, aquilo ali me conforta (TM 15).

Eu sou um visitante da minha casa. [...] Não chega assim, a ter uma encrenca negativa porque a minha mulher também trabalha em hospital, e ela sabe como é o hospital. Ela está trabalhando um dia sim e dois não. Então tem dois dias que eu

encontro ela, tem um dia que eu não encontro, então esta é uma situação (TS 7).

Associado a estes fatores, o cansaço provocado pelos ritmos intensos, longas jornadas, sobrecarga de trabalho em função da falta de pessoal e de condições de trabalho, interferem nas relações familiares. O “eu” acaba não existindo, acaba esvaziado pelo desgaste do trabalho, em que o cansaço toma conta do trabalhador, em que ficar sozinho é uma forma de encontrar-se, de buscar novamente este “eu” que se perdeu no processo de trabalho e o tempo livre acaba servindo pouco para a vida, servindo apenas para recuperar o trabalhador para mais uma jornada de trabalho.

[...] principalmente, quando eu fico cansada. Tem dias que eu saio daqui pedindo pelo amor de Deus que ninguém me chame, que eu quero mais é ficar sozinha, que eu quero dormir [...] como tem muitas que eu preciso conversar, passar uma experiência boa, não é, colocar aquilo para fora. Então, são duas interferências, tanto uma boa, quanto uma ruim, porque também viver sozinha é ruim, não é? E parte do cansaço, principalmente, cansaço físico, emocional, às vezes, tu não tens paciência, às vezes, chego em casa, a mãe quer conversar, quer me pedir, quer falar alguma coisa, ela não tem nem coragem (TS 3).

Tu vens cansada, querendo ou não, tu passas uma crise para a pessoa que está contigo. Eu tive uma crise bem feia, porque eu andava cansada, não tinha disposição. Não, eu quero ficar sozinha, eu não quero ninguém, tu te estressas, é um estresse total, não é contigo, porque além do cansaço físico, a enfermagem tem muita responsabilidade (TM 10).

[...] a gente não tem quase vida familiar, casada há um ano, o marido está quase abandonando. E lazer, assim, fica difícil, porque chega em casa cansada, é um desgaste, não querendo, mas se envolve com a vida dos pacientes, chega em casa vai contar, não é, até estava vendo outro dia que quando a gente tem uma sobrecarga de trabalho, a gente vive muito aqui no ambiente de trabalho, a gente só fala nisso, não consegue desligar, chega em casa e começa a comentar o que tinha, o que não tinha (TM 13).

Assim, se o trabalho pode ser fonte de prazer, tanto no que se refere às relações interpessoais com a equipe de trabalho e com os usuários, como veremos adiante, também o trabalho consome o trabalhador, expropriando a sua própria vida. É o público invadindo o privado, ocupando o espírito e o corpo do trabalhador, mesmo quando fora do trabalho, impedindo-o de recuperar suas forças quando está doente, num apego tal com o trabalho que este passa a ser o centro de sua vida, justificado pela forte relação com a equipe, como responsabilidade com o trabalho. Mesmo que o trabalhador não se dê conta da “invasão” de sua vida pelo trabalho, este acaba interferindo, sem dúvida, nas relações fora do trabalho.

Agora, também, se eu fico em casa, é claro, é pessoal, e eu não venho trabalhar, eu fico às vezes muito preocupada com aqui também, tem dias que eu estou doente, fico em casa, não venho trabalhar, mas eu ligo, ligo de manhã, ligo a tarde e ligo à noite, para saber como é que está o plantão, se teve sucesso, se teve problema, tenho

um envolvimento bem grande, um compromisso (TS 3).

Como retomar o “eu” que se esvaziou no processo de trabalho? Como conciliar vida pessoal e profissional, público e privado? Como recuperar as relações familiares, buscando nestas não apenas uma forma de esvaziar as tensões? Como buscar satisfação no trabalho, quando este se apresenta cheio de tensões, conflitos, sofrimentos, dor, que acabam repercutindo na vida familiar? Como manter a identidade, as relações familiares e com os amigos, sem deixar-se tomar apenas pelo trabalho?

Estas são questões a serem discutidas com mais profundidade pela profissão, que as tem apenas tangenciado, sem enfrentá-las. Neste sentido, acredito que os aspectos relacionais do trabalhador e sua família devem ser abordados no conjunto das inter-relações dos trabalhadores, associadas aos aspectos estruturais e organizacionais.

5.4.3 O trabalhador de enfermagem no contexto da equipe multiprofissional

A área da saúde inclui diferentes profissões, com diferentes funções, com diferentes saberes, que atuam sobre um mesmo objeto – o ser humano, os quais estabelecem, por vezes, relações de complementaridade ou, por vezes, relações conflituosas, com disputas de poder e de autonomia. O trabalho em equipe multiprofissional, no dizer de Peduzzi (2001, p 108), *consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais*. De acordo com esta autora, é com a comunicação que ocorre a articulação das ações técnicas e da cooperação, e, neste sentido, apóia-se na fundamentação teórica do agir comunicativo de Habermas, para compreender como esta interfere nas relações estabelecidas entre a equipe.

Segundo Leopardi *et al.* (2000, p. 32), algumas formas encontradas para manter um certo sentido de integridade incluem o que chamaram de *reação passiva aos conflitos e situações vividas no trabalho*, quando se omitem ou não se manifestam diante dessas situações,

porque não vale à pena, não dá em nada, para poupar-se, e assim por diante. Outra estratégia é a de passar por cima, não dar importância ao fato, quando aceitam argumentos que justificam, ou toleram e relevam, quando é algo que pode ser compreensível, ou mesmo quando "engolem" e suportam algo desagradável e até injustificável, quando supõem que não podem provocar alguma mudança. São vários graus de reação, que se aproximam da omissão, mas mudam, de acordo com o nível do desagrado ou possibilidade de tolerar e compreender o mesmo. É mais

fácil passar por cima de algo pequeno, do que tolerar algo que é muito diferente do seu jeito ou, mais ainda, engolir algo que agride e oprime.

Refletir sobre as relações na equipe multiprofissional e sua interferência na organização do trabalho, significa refletir sobre as relações de poder e de autonomia que se inscrevem no interior da equipe, na qual transparece, de forma ainda muito significativa a hegemonia médica, manifestada no poder de decisão acerca do diagnóstico e terapêutica, e que repercutem, sobremaneira, no fazer da equipe multiprofissional. Muitos trabalhadores não percebem a relação de complementaridade, e sim uma relação de subordinação ao fazer do médico, uma relação de dependência, como se tudo dependesse da decisão médica.

Os médicos não cumprem a sua parte, e isto é uma queixa geral [...] acaba interferindo no trabalho da enfermagem, porque nós dependemos da prescrição para atuar nos pacientes (TM 15).

Afirma Carapinheiro (1993, p. 79) que

são as normas de funcionamento e de circulação do saber médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem como um saber periférico, e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um subpoder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico, e não concedendo ao doente qualquer forma de poder oficialmente reconhecida.

Este subpoder dos enfermeiros, às vezes entendido como periférico e sem valor, aparece no discurso dos trabalhadores de enfermagem, quando apontam a relação de supremacia dos médicos, que querem tudo do seu jeito, na hora em que determinam, como uma forma de manutenção do poder. Esta forma de poder, que parece cristalizado para alguns (principalmente para os médicos), se reflete nas relações nem sempre amistosas da enfermagem com a medicina, entendidas pelos trabalhadores como a manifestação do estilo pessoal do profissional médico.

Às vezes tem médico que desconta as coisas em cima de ti, mas tu estás ali, tu engoles, são estes os momentos (TS 4).

[...] a gente se dá bem com os médicos, a maioria, entendesse? Sempre tem uns que vem sendo meio agressivo, olha, só que eu não gosto disso para mim, não que eu vou discutir [...] eu não vou deixar eles discutirem comigo. E tem médicos que a gente se dá as mil maravilhas, são pessoas excelentes, mas eu acho também que muito da personalidade, às vezes, oh! A porque o médico é assim, o médico é todo poderoso. Não é. Já se foi a época em que o médico era, falava e tu tinhas que dar opinião (TM 10).

Tem médicos que acham que a gente é empregado deles, se dirigem mal educados, não pedem por favor [...] eles não pedem por favor, até com a própria enfermeira

eles são mal educados, quer dizer, com uma enfermeira, que é nível superior igual a eles, que fez faculdade, que dirá com nível médio, que estudou menos, então, até enfermeiro eles não respeitam (TM 21).

Na minha percepção, entre enfermeiros e médicos, depende muito do enfermeiro, da enfermeira e do médico, entre determinados médicos eu consigo uma comunicação tranquila, mas tem médicos que já não, como se o enfermeiro não fosse tão necessário. Tem médicos que já dão um valor maior à enfermagem (TS 6).

Em Leopardi *et al.* (2000, p. 40) também encontramos esta afirmação do poder médico, para o qual ainda não foram delineadas saídas, pois *há muitas maneiras de apresentar a condição hegemônica, seja, como autoridade pelo saber, seja pela subalternidade inerente ao cargo que, de certa forma, indicam o conteúdo ideológico da orientação das relações.*

Relacionar os conflitos com o estilo pessoal, é, em meu entender, uma forma de negar as tensões existentes no cotidiano de trabalho. No cotidiano hospitalar, como bem lembra Cecílio (1999, p. 324), há uma autonomia do trabalho médico, pois a prática da enfermagem ainda se encontra *engessada na forma fayolista da hierarquia rígida de poder e em alguns fundamentos tayloristas de separação entre pensar e fazer, de fragmentação do trabalho e ênfase nas tarefas.* A autonomia da enfermagem tem pouca expressão no contexto institucional do hospital, estando limitada pela autonomia médica e da administração, o que impõe restrições nas relações estabelecidas. Apesar disto, quando questionados acerca das relações, muitos trabalhadores inicialmente apontaram estas como positivas, sendo que, no decorrer da entrevista, os conflitos transpareciam, como também se mostraram aparentes em vários momentos da observação. Aqui, destaco um dos momentos que presenciei durante as observações, que parece representar este cotidiano de contradições, tensões, conflitos.

Um dos trabalhadores de enfermagem da instituição privada realizava um curativo, quando o médico entrou no quarto, sentou numa cadeira e começou a conversar com a usuária enquanto o procedimento era realizado. A certa altura, o médico incomodado “com a demora” do procedimento, comenta com um certo ar de deboche e ironia, que o trabalhador de enfermagem era muito lento na realização dos procedimentos, que ele realizaria aquele curativo de forma mais rápida. O profissional de enfermagem, ao sair do quarto, manifesta sua insatisfação com a manifestação do médico, que desconsiderou seu trabalho, negando-o, inclusive na frente do doente, bem como a necessidade de realizar o procedimento com cuidado, o que exigia mais tempo.

Este exemplo, presente no cotidiano da enfermagem, aponta como os profissionais de enfermagem se sentem com as manifestações dos médicos, principalmente quando estes não

reconhecem o trabalho da enfermagem como necessário e complementar, como parte do trabalho coletivo da área da saúde. Taffe (1997) e Beck (2001) também apontam a falta de reconhecimento do profissional médico como um dos fatores geradores de sofrimento em relação aos profissionais de enfermagem.

Por outro lado, há também o entendimento dos trabalhadores no sentido de buscar reverter esta situação, ou seja, numa tentativa de resgatar a complementaridade do trabalho na saúde, principalmente no que se refere ao trabalho médico.

[...] não sei nos outros hospitais, mas aqui, a presença da enfermeira para o médico é muito importante, eles te cobram muito, né?! Enfermeira vem aqui, eu quero falar isso. Vamos fazer tal exame, o que tu achas, tu consegues para amanhã, dá para fazer amanhã. Eu vejo assim muita troca. Tem aquela interação que eles fazem uma boa relação na hora, que eles precisam de ti, que eles querem um exame urgente, para coletar um exame urgente, para antecipar um antibiótico de urgência [...] tem esta boa interação, que eles chamam, e têm alguns que, são raros casos, que sentam e perguntam para ti qual a tua posição, o que como enfermeira tu podes fazer para melhorar, o que tu podes fazer para esta parte. É uma ação complementar, então a gente tem uma boa relação no geral, mas tem os dois lados, não chega a ser uma barganha, uma troca, não, mas eles te tratam bem porque vão precisar de ti para fazer aquilo agora (TS 3).

E todo mundo precisa um do outro. O médico precisa de mim, eu preciso do médico. Tu precisas de mim, eu preciso de ti, é uma família (TM 14).

Somos nós que ficamos, somos nós que ouvimos as reclamações dos pacientes, nós que, e começamos a conversar e começamos a ter assim pelos médicos um acesso maior, de repente eles começaram a escutar a gente, a conversar com a gente e isso em muitos médicos, isso já mudou, tem ainda uns que, eu acho que é de escola, eu não vou dizer nem que é escola, mas tem médicos aqui que, como o dr. A., que é um senhor já e é muito acessível, tem médicos novos que são de difícil acesso, então a gente tinha este conflito (TM 20).

Concordo com Castrillón (1997, p. 96), ao afirmar que, para que haja um trabalho multiprofissional, é necessário reconhecer o perfil profissional, as funções e responsabilidades de cada um, compartilhar informações, resultados, discutir procedimentos, condutas, estabelecer uma comunicação permanente, bem como re-situar os problemas no conjunto da estrutura e organização do trabalho, no sentido de estabelecer conceitos e estratégias que orientem a organização dos serviços e o modelo assistencial. No dizer desta autora, *se debe intentar la construcción de una ética reflexiva sobre las decisiones y los actos que se realizan en los servicios de salud*. Para tanto, há que se garantir o respeito e a liberdade de pensar, se expressar, trocar idéias e experiências.

Porém, assinala Castrillón (1997), para que uma equipe técnica desenvolva um trabalho interdisciplinar, não basta denominar-se como tal, nem tampouco depende de normatizações. Um trabalho interdisciplinar depende do compartilhar saberes e poderes.

Também Peduzzi (2001), Campos (1997), Cecílio (1999) e Leopardi *et al.* (2000) apontam a necessidade de se flexibilizar as relações, convivendo de forma mais harmônica com as diferenças das especialidades, mas de forma complementar, garantindo-se a autonomia profissional, em que se manifesta o caráter interdependente da autonomia técnica dos diferentes agentes.

Outra manifestação de conflito que ocorre entre médicos e pessoal de enfermagem, refere-se ao compromisso dos primeiros em relação à assistência. Os trabalhadores de enfermagem se sentem sobrecarregados, com a responsabilidade de ter que intermediar, principalmente junto aos usuários e familiares, tratamentos não realizados a contento.

[...] porque aqui, o médico passa, acontece alguma coisa, tem que ficar recorrendo a UTI, toda vida, toda vida. Pegar mais no pé dos médicos também, porque para não reclamarem dos pacientes, porque muitas vezes os médicos passam, falam com o paciente e nem olham para a cara do paciente (TM 17).

Aqui é um bico, eles não fazem mais de meia hora aqui no setor, sendo que a carga horária deles é de no mínimo quatro horas por dia e eles ficam menos de uma hora e não se detém muito escrevendo, não tem assim muito trabalho de orientação ao familiar (TS 5).

[...] a equipe médica também é um fator de desgaste para a enfermagem, principalmente quando o médico, ele é inseguro. Hoje a gente tem alguns médicos novos no hospital, mas eu acho que é uma equipe que dá bastante desgaste para a enfermagem (TS 1).

Não são nada boas, é aquilo que eu já te passei, né, tem que dizer sim, para todos, né. Para ver o médico nem me ligou, ele ligou para o quarto da paciente para eles virem nos dizer que era para ir à emergência pegar 25 gotas de luftal para a paciente e tal, tal, tal. Daí a gente faz, porque se não vai sobrar para a gente, não vai ser nada bom. Nada, tanto à parte de humanização da gerência, quanto à parte administrativa, quanto à parte médica, não é bom, não são nada boas as relações (TM 6).

Esta sobrecarga foi também identificada por Taffe (1997) e Beck (2001), em que o enfermeiro tem que intermediar situações de conflito com usuários e familiares, bem como quando não há uma uniformidade nas condutas, gerando confusão e angústia na equipe. Além disto, Beck (2001) também identificou como problemas que interferem nas relações da equipe, em relação à conduta dos profissionais médicos, a questão dos maus tratos, desinteresse pelo atendimento, negligência e falta de humanização. Durante as observações, vários foram os comentários dos trabalhadores, apontando os mesmos problemas identificados

por Beck, principalmente o desinteresse e negligência pelo atendimento, repercutindo na angústia gerada na equipe ao perceber que determinado usuário piora seu estado de saúde, sem ter o adequado acompanhamento médico, em função deste não passar visita. É o que revela TS 5, quando afirma que os profissionais médicos fazem da instituição um “bico”, não assumindo devidamente seu compromisso com os usuários, repassando à enfermagem a preocupação com o atendimento. Lembra Campos (1997, p. 230), que a *alienação, o descompromisso com a cura e com a promoção de saúde não são mais exceções à regra e se constituem quase que em marcas da medicina e dos serviços de saúde em sentido mais geral*.

Diferentes são os motivos que levam a esta alienação e descompromisso com a saúde dos usuários, que mesmo sendo legítimos, quando predominantes, acabam, no dizer de Campos (1997, p 230), *degradando o próprio trabalho em saúde*. Quando os trabalhadores de enfermagem se contrapõem a este processo, mesmo que denunciando internamente o descompromisso de outros profissionais, buscam lutar pela qualidade da assistência, mas também se sobrepõem à inércia que a cristalização da alienação e descompromisso podem acarretar.

Mas não só com os profissionais médicos as relações são tumultuadas, conflituosas. Também com os setores de apoio aparecem problemas, principalmente quando interferem na qualidade da assistência prestada.

A única coisa que me deixa chateada, é que quando eu vou pegar a medicação e tem uma requisição de antibiótico, que o médico tem que passar e não passou, e a gente tem que ir à farmácia buscar e eles não dão, eu acho errado, eu acho que a farmácia deveria dar e depois eu levava a requisição (TM 19).

Em relação ao geral do hospital, precisava ter mais interesse, precisa ter mais interesse o pessoal da farmácia, porque a gente depende da farmácia, como eu te falei, eu não estou a fim, é muito corpo mole, eu vejo, entendeu, tem que trocar o paciente, troca agora, não deixa, não vai, enrola, tem que fazer agora. Tem que fazer um eletro, liga para o eletro, vê se ele está disponível, ele não está disponível porque está fazendo uma outra coisa que não tem nada a ver (TM 8).

Tem muitas coisas, como por exemplo, um paciente recebe alta, tem que chamar a hotelaria para fazer o check-out, o paciente recebeu alta agora, eu não posso levar o prontuário se não vier ninguém fazer o check-out. Se eu chamo agora e eles demoram em vir, demoram 15, 20 minutos, eu tenho que ficar esperando. Na verdade, isso é uma furada, está só atrapalhando o serviço (TM 4).

Autores como Capella (1998) e Mesquita (2002) também apontam a dificuldade de relação com os setores de apoio, que acabam repercutindo no fazer da enfermagem, que procura sempre dar um jeito em função do sujeito do cuidado, sendo um algo a mais, uma

sobrecarga que, conseqüentemente, gera desgaste. Isto implica nas formas de organização do trabalho, que são vistas como parcelares e fragmentadas, cada um “executando o seu pedacinho”. Há, portanto, que se suplantam o modelo organizacional ainda imperante no setor saúde, para formas mais democráticas e participativas, em que os trabalhadores, de uma forma geral, possam perceber o seu papel e o papel do outro como complementares e interdependentes.

Os serviços de apoio, ou mesmo os assistenciais, para Leopardi *et al.* (2000, p.21), *têm uma relativa independência, inclusive tendo filosofias de assistência diferentes, de modo que, no seu interior, as atividades são planejadas para que solucionem problemas específicos*, mas os trabalhadores informam *desarticulação entre os serviços, tendo consciência dos problemas que esta desarticulação acarreta sobre o paciente*.

Neste sentido, concordo com autores como Carapinheiro (1993), Campos (1997), Cecílio (1999), Leopardi *et al.* (2000) e Peduzzi (2001), que destacam a importância da comunicação e da negociação para a construção de um projeto democrático para a saúde, que suplante a dicotomia autonomia versus controle e poder, buscando relações mais fecundas entre os trabalhadores entre si, destes com o poder hierárquico representado pela gerência e ainda destes com os usuários. Há que se estabelecer relações que permitam a manifestação da subjetividade, do sonho, da concreticidade, da autonomia com responsabilidade e liberdade.

Assim, pensar em outras formas de organização pressupõe quebrar as formas de relacionamento atualmente consolidadas no espaço institucional, para formas de relacionamento que envolvam todos os trabalhadores com a produção da saúde, garantindo-se, no entanto, as responsabilidades individuais, os campos de competência dos diferentes agentes com o projeto terapêutico (CAMPOS, 1997). Superar o modelo ainda vigente no setor saúde, em que há um controle excessivo dos trabalhadores, para um modelo que possibilite aos trabalhadores a realização de um trabalho com maior poder de autonomia, criatividade e responsabilidade, sendo estes aspectos motivadores dos trabalhadores, gerando, desta forma maior satisfação com o trabalho e conseqüentemente menor desgaste.

5.4.4. O trabalhador e a equipe de enfermagem

O trabalho em equipe sempre foi uma premissa na enfermagem, mas que equipe é esta que tem trabalhadores com diferentes formações e funções, em que a divisão social e técnica

se encontram presentes, em que os conflitos, às vezes, se mostram aparentes, às vezes se tornam complexos, relacionados em sua maioria à organização do trabalho, interferindo nas relações interpessoais, no fazer da enfermagem, repercutindo no processo de desgaste dos trabalhadores?

A diferença de formação, levando a funções diferenciadas na equipe, mesmo sendo complementares e interdependentes, dificultam a coesão e união do grupo, sendo esta identificada pelos trabalhadores como falta de corporativismo e de união. A questão de fundo a ser compreendida é que se a divisão técnica não pode ser eliminada, por conta da grande complexividade e extensividade do saber e da tecnologia, isto não pode ser argumento para a manutenção da distância entre os saberes, quando, principalmente, esta tem sido a estratégia para a manutenção do poder controlador nas diversas instâncias sociais, ou seja, mesmo com a manutenção da divisão técnica, há que se pensar num modelo de organização do trabalho em que concepção e execução não sejam lados opostos de um mesmo fazer, determinando, inclusive relações de poder excludentes.

A enfermagem não tem uma coisa, e isto é muito sério, ela não tem uma coisa chamada corporativismo, não tem. [...] Então quer dizer, o que é isso, faltou corporativismo, faltou amizade, a guria sorria para mim aqui e por trás quer colocar no meu. Eu não. Então quer dizer, eu nunca sacaneio colega, faço todo o possível para livrar a cara do meu colega enfermeiro (TS 7).

[...] eu acho que isso é uma coisa que já vem das enfermeiras e vai, é uma coisa que passa, que a enfermagem é desunida, mas eu acho que é de cima que vai, se em cima eles fossem mais unidos, o que vem depois tem que unir (TM 9).

Mas trabalhar relações não é algo fácil, suplantar questões pessoais, enfrentar os problemas de ordem profissional com a maturidade necessária, implica reconhecer os limites do outro, ter respeito às diferenças, buscar somar em vez de dividir, sem esquecer que as dimensões pessoais, profissionais e institucionais estão presentes no cotidiano de trabalho. Leite e Ferreira (1997, p. 1) lembram que, no trabalho da enfermagem, *objetividade e subjetividade configuram um par indissociável tanto no relacionamento com os pacientes como com os colegas de equipe*, e a manifestação destas se fez presente nos dados encontrados. Há, principalmente entre os trabalhadores de nível médio, uma relação de companheirismo, um compartilhar de atividades, que expressa o conteúdo satisfatório das relações, o que é manifestado pelos trabalhadores.

Eu acho, eu gosto, porque o pessoal daqui é bem unido. Porque também a gente faz troca, quando o pessoal não pode trabalhar, não tem problema. As relações são boas entre a equipe de trabalho (TM 16).

Porque o pessoal aqui se ajuda bastante, e as exceções, ter uma convivência diária é quase um big brother, de tanto que a gente trabalha junto aqui, é eu, tu e tu, hoje outra vez, tem esta solidariedade aqui, às vezes você está precisando, muitas vezes de um plantão, uma troca, um amigo falta, ele faz para ti, tu faz para ele, então tu vê assim, um futuro para a humanidade, eu acho que é por estas pequenas coisas. [...] Então a tua palavra serviu, não precisou jurar. [...] E, mas no geral, ainda a gente tem motivos de ficar feliz (TM 20).

Não é que eu queira ser Caxias, mas quando eu passo ali na outra ala, eu estou vendo que eles estão precisando de ajuda [...] eu já paro, já vou ajudar a trocar o paciente, o pessoal fala que eu me dou muito bem no hospital, mas se estão precisando de ajuda, eu vou ajudar, porque eu sei que é difícil fazer sozinha, eu já fiz sozinha, porque na ala que eu trabalhava não tinha esta união e eu sei como é ruim [...] Então, às vezes, eu acho que é um pouco mais de coração, de ajuda ao próximo, não sei, não sei te dizer. Então eu acho que não tem essa relação boa (TM 8).

[...] às vezes eu estou aqui atarefada, tem muita coisa para fazer e eu estou aqui atolada, às vezes tem duas meninas, mas eu acho que é bom o sistema, mas eu acho que tem que ter um maior entendimento disto, porque eu às vezes estou aqui ocupada, mas às vezes tem duas ali, como hoje, eu acho que hoje as meninas já desceram para pegar um pouco da medicação, porque agora eu tenho que arrumar os prontuários, três horas eu tenho uma reunião, se não der tempo, eles vão ficar esperando por mim, não! Tem duas, não precisa ficar esperando (TM 11).

Este compartilhar esteve mais presente na fala dos trabalhadores da instituição pública, o que pode estar relacionado com dois fatores: a forma de organização da assistência e a rotatividade. Na instituição pública o trabalho é conjunto, pois os trabalhadores passam nas enfermarias e vão realizando as atividades coletivamente, já na instituição privada, em função da assistência integral, de cada um ter que responder pelos cuidados de um número determinado de usuários, este compartilhar fica mais dificultado, ao lado do comportamento individual dos trabalhadores.

Deste modo, a organização da assistência no modelo integral, a partir da maneira como foi concebida, passa a ser mais distanciadora dos trabalhadores entre si, interferindo no compartilhar.

A gente vai junto, passa pelas três enfermarias, normalmente as três enfermarias. Terminamos os banhos eram 11:30 hs, daí fomos almoçar, do almoço já começamos a colocar os soros, que a menina que estava na medicação ganhou folga a tarde, ela foi embora, mas deixou os sorinhos prontos (TM 12).

[...] eu acho que está bem organizado, eu acho que poderia ter mais colaboração de todos, todos se tocarem que não é um só que tem que fazer. O que tá faltando, vamos fazer. O que falta é entrosamento, no meu modo de ver. Com relação ao serviço, às vezes falta. Ah! Deixa o pessoal da noite fazer. Se pode fazer durante o dia, deixar para o pessoal da noite ... (TM 3).

[...] antes, não tinha paciente meu ou teu, eram os três, tinham muitos pacientes dependentes, a gente terminava meio dia, mas terminava. Então depois que ela

chegou, a gente sentiu que deu um baque, a gente tomava café, os três não, dois, era uma coisa super bem dividida, não era meu, não era teu, a gente até comenta, até as nossas conversas particulares, mudou (TM 8).

A rotatividade interferiu nas relações, nos laços construídos entre os membros da equipe, e, quem sabe, nos mecanismos defensivos desenvolvidos pelos trabalhadores coletivamente. Dejours (1988) aponta que as mudanças de posto de trabalho são uma forma de reativar a ansiedade do trabalhador frente ao desconhecido, há um medo muito maior quando mudam de função, pois não conhecem determinados “macetes”, “dicas” da nova função (trabalho prescrito versus trabalho real, determinando a forma e o conteúdo do trabalho). Com a rotatividade, além de desenvolver um trabalho novo, adaptar-se às novas funções, o trabalhador tem que estabelecer novos vínculos, o que parece ter gerado algum tipo de acordo tácito para a ajuda mútua, talvez, muito mais em razão do estabelecimento de estratégias de sobrevivência.

[...] uma época que a gente veio para cá, foi a troca de setor, de adaptação também, que eu vi assim, alguns funcionários fechados entre si, eles não conseguiam se relacionar com eles mesmos, a não aceitação do setor novo, da disposição, de repente, dos quartos, influenciando nas relações deles. Esta troca refletiu neles (TS 3).

[...] a turma anterior, porque agora mudou bastante gente, era muito unida, sabe (TM10).

[...] o que mais está desagradando hoje, o que mais desagrada, que é o relacionamento pessoal (TM 6).

Assim, aqui no nosso setor já foi muito melhor para trabalhar, se bem que é assim, eu pelo menos, eu procuro amenizar, quando eu vejo que a coisa está querendo partir para outro campo, então, não é por este caminho que a gente tem que seguir, até porque a gente tem uma bagagem, uma experiência, e até contando o nosso pessoal, até colocando um pouco do meu lado pessoal (TM 15).

Na instituição privada, há também diferenças que se estabelecem com as funções desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio: aqueles que estão na assistência e aquele que é o “coringa”. Observei que, muito mais que auxiliar na higiene e conforto, levar usuários para exames, conforme previsto no manual, o “coringa” assume a assistência direta de alguns usuários, sendo a ele repassadas atividades pelos demais trabalhadores, sem a efetivação de um trabalho conjunto. Isto reforça a concepção da relação distanciadora que se estabelece entre os trabalhadores, quando da assistência dita integral.

Também a ajuda nas tarefas é dividida, muitas vezes, com os familiares dos sujeitos do cuidado, não como uma forma de integrá-los na assistência, visando o bem estar do usuário,

mas sendo concebida como um auxílio, tendo em vista a sobrecarga de trabalho, ou seja, uma forma de minimizar o desgaste do trabalhador.

Quando tem um acompanhante que não quer dar uma ajudinha, a gente dá banho sozinho, quando não tem outra pessoa, a gente dá banho sozinho, não tem como (TM 3)

Em relação ao funcionário de oito horas também, só que pegasse uma época tranqüila assim, de eu achar que não devo estar fazendo o trabalho do funcionário de oito horas, porque eu vejo que ele está sentado, que ele tem condições de fazer o serviço dele, não tem porque eu tomar, como eu não gostaria que ele viesse e colocasse a mão no meu serviço. Eu acho que tem que ser dividido para que haja uma organização (TM 5).

[...] às vezes tem um desentendimento entre os funcionários, tem enfermeiro que nem percebe. Eu acho que é certo ter este acompanhamento, para nunca dar aquele clima de insatisfação, às vezes tem gente, eu não sou assim, tem gente que acaba não vendo as coisas que acontecem, eu acho que devia ser mais observado, a satisfação dos funcionários, porque, acaba assim, tipo, eles acabam prejudicando a assistência ao paciente, porque ah!, não é meu paciente, e aqui a gente não tem isso, mas já aconteceu em ala que eu fazia 8 horas, eu ia trabalhar, cada um por si (TM 10).

O papel de intermediador do enfermeiro nas relações interpessoais fica claro. Este papel foi salientado em trabalhos como os de Leite e Ferreira (1997, 1998 b), Mesquita (2002) e Urbanetto (2002), em que apontam a dificuldade das enfermeiras em diferenciar o poder pessoal (dado pelo estilo pessoal, carisma, habilidades de liderança) do poder funcional (atribuições próprias do cargo na estrutura institucional), ancorando muito de suas atitudes e de sua autoridade nas referências das relações familiares. Assumem, assim, o papel de grande mãe, de protetora (ligados ao gênero feminino), ou ainda demonstrando a autoridade de forma autocrática.

De vez em quando dá este desespero, ontem mesmo foi um dia que eu saí daqui, fui para casa, chorei, chorei, chorei, porque eu me incomodei assim o que pude, porque é muito difícil tu lidares com a razão, com o coração, na gerência você tem que trabalhar muito isto, a razão e o coração, a razão está quase totalmente com a empresa, e o coração é você puxar para o lado do funcionário, com a questão humana (TS 1).

[...] um dos grandes cansaços meus, é porque eu tento fazer junto, muita coisa eu faço, além da função só de enfermeira. Eu prefiro pedir e fazer junto a só ficar mandando, criar às vezes uma inimizade (TS 3).

[...] eu tenho muito compromisso com eles também, porque eu vejo assim, que a equipe vai para frente quando tem uma boa interação, a gente conquistou amizade, a gente ficou muito junto aqui, eu acho que por isso também. Eu tenho carinho (TS 3).

[...] vejo se a minha equipe está completa, que é o mais importante, eu acho que enfermeiro sem a equipe não funciona, e a harmonia na equipe também, eu acho que

é fundamental, respeito com o funcionário (TS 7).

Porque eu sou enfermeiro, eu tenho nível superior, você não. A calma aí, muitas vezes você fica mais tempo ao lado do paciente do que o próprio enfermeiro, ele faz 6 horas, eu faço doze (TM 20).

O que se percebe, também, é que entre os trabalhadores de nível médio não há tantas diferenças, há um compartilhamento das atividades, mas entre os trabalhadores de nível médio e enfermeiros há uma certa divisão, o enfermeiro “ajuda” e inclusive “cansa” ao ajudar, provavelmente em consequência da sobrecarga em seu trabalho, pois, nas duas instituições, mas principalmente na privada, acumulam funções administrativas e assistenciais. Esta divisão estrutural entre o fazer e o pensar acaba interferindo nas relações com a equipe, inclusive porque tanto os trabalhadores de nível médio quanto os enfermeiros têm parte do conhecimento do processo de trabalho.

Dejours (1988, p. 106) ao discutir acerca do conhecimento dos técnicos de nível superior e os de nível médio em indústrias, afirma que os de nível superior possuem um conhecimento teórico, mas sem conhecimento prático. Estabelece-se, desta forma, um jogo entre os trabalhadores de nível superior e médio, o que penso podemos transportar para a enfermagem. Muitas vezes, quem tem o conhecimento do estado real do usuário é o trabalhador de nível médio, mas é o enfermeiro que prescreve os cuidados, sendo difícil conciliar estes conhecimentos, para o estabelecimento de relações mais horizontais. Além disto, os enfermeiros, muitas vezes, se apropriam da equipe, da unidade, do usuário – “a minha equipe, a minha unidade, o meu paciente” - , como se assim pudessem exercer maior controle e poder. Ao estabelecerem esta apropriação, estabelecem, também, um distanciamento na equipe, que é sentido tanto pelos trabalhadores de nível médio quanto pelos próprios enfermeiros.

Bom, aí depende, depende de como tu cutucas o nível médio [...] Porque eu posso ser o enfermeiro demônio da unidade, o sargento, porque o enfermeiro é um sargento, leva “esporro” do capitão lá em cima, vem o médico, hum, sobra para ele, ele passa para frente, passa a bola, é bem isso, o soldado executa, mas tudo bem. Veja bem, neste lado, eu não tiro o lado do enfermeiro, o enfermeiro tem que ter o seu espaço, mas não precisa ferrar o nível médio, trabalha com ele, mostra a ele que você tem interesse, que você consegue uma equipe muito boa, não precisa queimar o nível médio (TS 7).

Existe muito: enfermeira, técnica de enfermagem, existe, isso aí é gritante, é gritante. Eu me dou muito bem com as enfermeiras, mas eu sei o meu lugar, a gente almoça junto, mas chega um determinado papo que eu não sirvo mais, então, há esta divisão de hierarquia e bem dividido (TM 8).

[...] eu me coloco muito junto a eles, às vezes isso é bom, às vezes isso é ruim, mas eu sempre procuro não fazer uma distancia, de chefe e funcionário (TS 3).

[...] quando aparece aqui, aí elas (as enfermeiras) são cobradas, porque você deixou acontecer isto, você que é responsável de certa forma, porque você viu. Então elas protegem, mas quando precisa, elas são enérgicas, e eles (os trabalhadores de nível médio) aprenderam a conviver com esta divergência delas. Vamos sair, vamos fazer festa, mas agora espera aí, tem que sentar, tem que conversar (TS 1).

As regras parecem claras. Há espaços diferenciados, instituídos pela divisão hierárquica entre trabalhadores de nível superior e trabalhadores de nível médio, que extrapolam, algumas vezes, o espaço do trabalho, pois dizem – *“a gente almoça junto, mas chega um determinado papo que eu não sirvo mais”*. Mesmo que muitos enfermeiros venham de classes sociais baixas, há um reconhecimento social instituído pela formação, pelo conhecimento diferenciado, muito mais do que pelo poder aquisitivo e que acaba interferindo nas relações, delimitando espaços no trabalho e fora deste. Além disto, o enfermeiro sabe que, às vezes, é necessário estabelecer alianças com o pessoal de nível médio, promovendo-se, desta forma, uma ampliação de espaço.

As falas acima ilustram bem as zonas de conflito existentes na enfermagem, as quais foram também identificadas por Carapinheiro (1993) e Leopardi *et al.* (2000). Afirmam estes autores que há situações de tensão em função dos conflitos e negociações que se impõem no fazer dos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros e nível médio), criando-se

zonas de indeterminação e de ambigüidade nas relações entre estas categorias de pessoal, que suscitam, por parte dos enfermeiros, a necessidade de, por um lado não lhes permitir “abusos de confiança” e, por outro lado, não os hostilizarem demasiadamente para os conservarem como aliados para o trabalho de enfermagem. Trata-se de um esforço constante da demarcação da distância e do respeito hierárquico, mas de forma a não comprometer a solidariedade funcional, quando ela se torne necessária (CARAPINHEIRO, 1993, p. 193).

Capella e Gelbcke (1988) afirmam que é mais freqüente os trabalhadores de nível médio se aliarem ao médico do que ao enfermeiro, numa tentativa de serem reconhecidos por estes profissionais, que no seu entendimento tem “mais poder”. Leopardi *et al.* (2000, p. 13), na pesquisa desenvolvida acerca do cruzamento de poderes na organização, apontam que ainda é visível a hegemonia médica, indicando controle e poder destes profissionais na instituição, mesmo que este *poder esteja diluído pela personalidade menos autoritária deste profissional, ou seja, quando o médico é “humano” sua autoridade parece menos impositiva*.

Considerando-se que a hegemonia ainda é do médico nas instituições, o enfermeiro tem que buscar estratégias para trabalhar de forma que não seja apenas “um sargento”, como

identificou TS 7, mas que estabeleça uma relação de companheirismo com a equipe de enfermagem, não apenas no sentido de controle do trabalho, mas na organização efetiva deste. Neste sentido, concordo com Leite e Ferreira (1996, 1997, 1998 b), Urbanetto (2002) e Mesquita (2002), de que o enfermeiro, ao assumir a sua dimensão gerencial, busque entender as dinâmicas das relações interpessoais presentes no cotidiano da profissão, estabelecida não apenas com a equipe de enfermagem, mas também com os demais profissionais e usuários. Vale salientar, ainda, que a construção da identidade gerencial torna-se *mais complexa, sobretudo quando se enfatiza o papel de “ponte”, de “canal de comunicação” que cabe ao gerente na intermediação das dinâmicas entre o seu grupo subordinado e as hierarquias superiores da organização institucional* (LEITE; FERREIRA, 1998 b, p. 26).

Este papel de interlocutor, esperado pela equipe, nem sempre é executado a contento pelo gerente, até porque este, em muitos momentos, assume o discurso da instituição, em detrimento do desejo e voz do seu grupo. Dejours (1999, p. 58) expõe bem esta situação dos gerentes que, *em sua maioria, não se apresentam como seres submissos, mas como colaboradores zelosos da organização e de sua gestão*. Salienta, ainda, que os gerentes acabam, às vezes, por medo da própria exclusão, assumindo o que a organização impõe, mesmo tendo noção da situação dos trabalhadores e do sofrimento destes, o que também lhes gera sofrimento.

As questões relacionadas à hierarquia aparecem de forma diferenciada nas instituições estudadas, muito mais relacionadas ao estilo pessoal das gerentes de enfermagem, sendo que na instituição privada o estilo que se sobressai é autocrático, em que há algum espaço para discussão apenas entre os enfermeiros, mas não há espaço para os trabalhadores de nível médio.

Bem satisfatórias, as coisas boas, melhorou muito o hospital, melhorou muito, em questão de qualidade de trabalho, não nos falta material, temos medicação, temos o básico, temos instrução também. Mas se perdeu o básico, a humanidade, isso deixa um pouco a desejar (TM 6).

Ela (a gerente) tem uma boa relação com os enfermeiros, ela sempre nos defende, ela dá um espaço para tu chegares até ela, isso é bem importante (TS 4).

Com a gerente, nunca. Vem no posto e diz, fala com a enfermeira para ver o que está faltando. Diretamente conosco, nunca foi, perguntar o que quer, o que está faltando (TM 8).

[...] seria mais amiga, porque a gente vê que aqui não tem tanto disso, porque quando ela (a gerente) não gosta, não gosta, o funcionário não entra, porque o

funcionário pode fazer o melhor, mas não passa, eu acho que falta muito disso, dizer que tu é bom, que todo mundo diz que é ruim, mas dizer que tu é bom, não diz. Motivação, não só por mim. Eu vejo mais pelos funcionários, assim, vejo eles chateados, vejo que eles, para eles aqui não tem amigos, todo mundo aqui é inimigo, entende, se sentem pressionados, chateados, deprimidos, porque não podem contar com ninguém, não podem chegar, conversar, porque a direção não vai ser tua amiga, a direção não vai se importar, sempre tem esta preocupação (TM 11).

Nestas falas, transparece não só o estilo autoritário, com pouca abertura, inflexibilidade, sem muito espaço para negociação, mas principalmente o reconhecimento dos trabalhadores da necessidade de serem reconhecidos, valorizados, motivados. Talvez esta necessidade de valorização tenha como “ pano de fundo” o programa de qualidade total instituído na instituição, pois nem todos são “valorizados”, somente aqueles que se destacam.

Porém, como bem lembra Campos (1997, p. 235), na saúde, *é recomendável voltar-se a valorizar o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada caso*, o que o autor diz não ser uma diretiva romântica, assinalando o quanto é bom e gostoso sentir-se criador e ter reconhecido o resultado de seu trabalho. Para tanto, aponta como estratégia envolver todos os participantes da equipe com a elaboração de novas formas de fazer a instituição funcionar, estimulando a um só tempo *a liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais*.

Na instituição pública, o estilo gerencial é mais democrático, havendo maior abertura para discussões, o que parece estar ligado ao estilo pessoal da gerência. Esta abertura é sentida tanto pelos enfermeiros, quanto pelos trabalhadores de nível médio, porém, os trabalhadores de nível médio indicam a necessidade de conversar, de discutir, para o alcance dos objetivos.

Em matéria da enfermagem, em relação à gerente, é boa, ela foi a nossa enfermeira chefe no 2º andar, então a gente tem um acesso a chefia de enfermagem muito bom, tanto à chefia imediata, quanto a gerente, a gente tem. A gente tem acesso ao diretor do hospital, a gente tem, não pode se dizer que a gente não tenha (TM 20).

[...] a gerente anterior era mais chata, qualquer melhoria que a gente queria para a gente, ela já dizia: daqui a pouco vocês já estão trazendo a casa aqui para dentro. A gerente atual já valoriza mais, já pensa mais na gente (TM 21).

[...] é só conversar, eu acho que nada brutalmente resolve alguma coisa, eu acho que com conversa é mais fácil conseguir alguma coisa, do que chegar e dizer assim, vou cortar isso, estas proibido de fazer isso, eu acho que por ser chefe de enfermagem, não deve ser radical, consegue a coisa mais fácil assim (TM 17).

Aqui, a chefe do setor, se tem algum problema no setor, ela nem fica sabendo, vão direto na fulana, na gerente, eu acho que está errado isso. Até domingo eu falei, se tem algum problema, tem que passar pela chefia do setor, depois vocês vão lá na gerente, não vocês saírem daqui, descerem daqui, irem lá em baixo falar com a gerente. Eu acho isto super errado, até porque eu acho que é uma falta de respeito

com ela, ela está aqui (TM 12).

Nas duas instituições, no entanto, reconhece-se a limitação do papel da gerência, que está subordinada à direção geral, à instituição, impedindo, muitas vezes, uma tomada de decisão que vá ao encontro dos anseios dos trabalhadores.

Só se eu fosse diretor, que tem mais poder, porque o gerente, às vezes, é só de enfeite, lá na mesa (TM 21).

E a relação com a gerente de enfermagem, eu gosto muito dela, eu acho que ela é justa, ela é bem justa. Algumas coisas também não são fáceis para ela, não só para ela, mas para qualquer gerente, ter que comandar, e o Hospital, querendo ou não, as coisas funcionam aqui dentro, não é fácil para ela comandar uma equipe, se ela não for ríspida, sabe como é que é, a gente acaba deixando ... (TS 4).

Ainda, em relação às questões hierárquicas, na instituição pública transpareceram dificuldades de relações entre as diferentes funções desenvolvidas pelos enfermeiros – sub-gerentes (os administrativos) e os assistenciais. Não há um compartilhamento de funções, além dos enfermeiros assistenciais sentirem-se à margem do processo decisório, mesmo internamente, na unidade em que atuam.

Só vejo assim, problema entre enfermeiro administrativo e enfermeiro assistencial, muita discussão, muito dividido a função, como eu te falei, a questão da autoridade. Eu não me sinto na liberdade de tomar uma conduta, como por exemplo, eu acho que hoje eu posso dar uma folga para determinado funcionário, para usar, para que aquele funcionário, em época que eu precise, ele venha ajudar. [...] tem reuniões que é feita com a gerência e com os enfermeiros sub-gerentes, que é o nome que a gente dá aqui, na reunião de todos os enfermeiros eu vejo que não tem muita flexibilidade [...] eu tive isto no começo, eu tive um problema com um funcionário, o funcionário realmente discutiu, extremamente anti-ético, de uma forma, mas eu não tenho autoridade para mandá-lo embora naquele dia. Então é um problema com a sub-gerente e a gerência. E então dá problema comunicacional. Há hierarquia bem nítida, na mesma classe (TS 6).

(as reuniões) no setor é com a sub-gerente e os técnicos e não é comigo, não é com a assistência (TS 6).

Então, quer dizer, existe muita carta branca para o enfermeiro supervisor e o enfermeiro assistencial, ele é assistencial, ele não tem muita força de fogo, poder de fogo. Sub-gerentes, são considerados cargos de confiança da gerência, e daí como é que fica, isto aí é queimação (TS 7).

O que se percebe é que há uma hierarquia interna na enfermagem, que diferencia aqueles que são assistenciais dos administrativos, não só nas funções, mas no poder que têm em relação aos trabalhadores de nível médio. Estas são questões que se encontram presentes em instituições nas quais há um organograma rígido, com sub-funções, que acabam refletindo-se nas relações, tanto entre os enfermeiros, quanto destes com os trabalhadores de

nível médio. Se o trabalho da enfermagem é complementar e interdependente nos diversos níveis hierárquicos, há que se estabelecer entre este, também, esta complementaridade. Porém, acredito que estes conflitos sejam decorrentes do medo de compartilhar e perder o poder, o domínio da situação. Leite e Ferreira (1998 b, p. 63) afirmam que a *ausência de confiança no outro quase sempre se alia também a uma dificuldade de entregar-se, do receio de assumir ou de mostrar suas próprias limitações e fragilidades*, caracterizando um distúrbio de contato, de comunicação, dificultando, portanto, as relações interpessoais.

Desta forma, a comunicação é extremamente importante nas relações, podendo ser uma aliada do enfermeiro, enquanto intermediador na equipe, ou dificultar mesmo as relações, quando esta não se realiza de forma eficiente. Assim, os trabalhadores, principalmente de nível médio, apontam a necessidade de serem escutados, o que pode representar também um feedback para o enfermeiro acerca de seu trabalho, bem como de compartilhar decisões.

Ah!, que a enfermeira não ficasse só ouvindo o paciente, que ouvisse um pouco o que a gente tem para dizer, porque às vezes ela fica só no quarto ouvindo o paciente e a gente tem a resposta para ela. A chefe do setor, é tudo pelo paciente, às vezes ela não ouve o que a gente tem prá dizer. Ah! É justiça, colocar dois, três plantões para ti no final de semana é justiça, mas ela poderia dividir. Mas é uma questão de chefia, ela é competente ... (TM 13).

Primeiro passo, tentaria conversar mais, a chefe direta, no caso e a gerente de enfermagem (TM 12).

Collière (1999, p. 155) afirma que *cuidar é aprender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado*, o que os enfermeiros devem ter em conta, pois reunir a equipe, discutir, estabelecer relações, é, de certa forma, cuidar de quem cuida e este é um papel que os enfermeiros pouco têm desenvolvido, ou seja, o da articulação da equipe, como forma de integração.

Isto, conseqüentemente, refletir-se-á no cuidado aos usuários, mas, também, no cuidado à equipe. Os trabalhadores expressam a necessidade de serem escutados, de que reuniões sejam realizadas, no sentido de possibilitar a integração e a troca.

A reunião de equipe, estas reuniões que se fazem para acertar o setor, para falar o que está certo, o que está errado, eu acho, no meu ponto de vista, que deveria ser feita freqüentemente, porque é uma liberação de estresse, há um acúmulo de estresse, querer falar um erro de um colega teu, observar e não falar porque tu achas que não é tua obrigação, e quando você tem uma reunião de equipe você se sente mais confortado para poder falar disso, né, oh! Plantão tal está deixando tal coisa, eu acho que tem que deixar pronto. Ah! Mas o plantão tal, não pegou o hamper, deixou o hamper cheio, porque são coisinhas pequenininhas, mas que, às vezes, um colega teu fala, e você não gosta e deixar aquele tantinho para ti já é um monte (TM 5).

Afirma Dejours (1999, p. 62) que

trabalhar, na verdade, é não apenas exercer atividades produtivas, mas também “conviver”. Assim, uma organização do trabalho racional deve antes de tudo preocupar-se com a eficácia técnica, mas também incorporar argumentos relativos à convivência, ao viver em comum, às regras de sociabilidade, ou seja, ao mundo social do trabalho, bem como argumentos relativos à proteção do ego e à realização do ego, ou seja, à saúde e ao mundo subjetivo.

As reuniões configuram-se como espaços de discussão, de reflexão, um espaço público (já que, neste, as opiniões se enunciam e se confrontam), mas no interior da instituição. Negar este espaço é calar as consciências, sendo que, no entender de Dejours (1999), o gerenciamento pela ameaça, favorecendo o silêncio e o sigilo, tem se difundido atualmente, em decorrência das ameaças da reestruturação do trabalho, do medo da exclusão.

Entender estes conflitos, propiciar saídas, abrir espaços, não deixar calar os trabalhadores, deveria ser uma premissa da enfermagem, que tem, nas relações interpessoais uma das suas bases de ação. Leite e Ferreira (1998 b, p. 53), baseados em Maihiot, afirmam que *a interação não se realizará no interior de um grupo e, em consequência, sua criatividade não será duradoura, enquanto as relações interpessoais entre todos os membros do grupo não estiverem baseadas em comunicações abertas, confiantes e adequadas.*

Outra estratégia utilizada pelos trabalhadores, no sentido de reforçar os laços, são as festas, as reuniões fora do trabalho, que não deixam de ser também respiradouros.

É uma equipe bem, não sei se é porque a gente tem uma relação de sair às vezes junto, eles saem muito juntos, vão para um bar, ou vão para um lugar [...] para a gente poder sair, para poder se integrar. E não integra o pessoal só da enfermagem, integra o pessoal da limpeza, o pessoal da copa, saem todos juntos mesmo, daí eu acho que eles se encontram descontraídos, então eles se sentem muito melhor (TS 3).

O trabalhador bom, relaciona-se bem. Aquele que precisou ser punido tem certas reservas. Existe, mas é bem raro, até o contrário. Às vezes eu digo que são mãezonas demais, geralmente gostam de sair, de fazer festinhas junto (TS 1).

Estes respiradouros também podem ser encontrados no próprio espaço de trabalho. São aqueles intervalos entre uma atividade e outra, em que os trabalhadores conseguem reunir-se, conversar, brincar, às vezes contar uma piada, dar uma relaxada para “voltar ao batente”. Gonzalez (2000) e Beck (2001) salientam esta necessidade dos trabalhadores terem este espaço no seu cotidiano, no sentido de aliviar as tensões. Isto aparece numa das falas, em que se reconhece este espaço dos trabalhadores, que ocorre geralmente após o almoço, na

instituição pública, na qual os trabalhadores cumprem jornadas de 12 horas e que, neste intervalo, dão uma “descansada” no posto de enfermagem.

Então, depois eu venho para o setor, neste meio tempo eu também nem procuro vir assim tão imediatamente para cá, para eles darem um tempo, um intervalinho de uma meia hora, assim, e aí eu subo (TS 5).

Acredito que é junto à equipe de enfermagem que se tem um espaço possível para construir novos laços e relações, em que compartilhar seja uma premissa, em que o respeito à diversidade esteja presente, em que a comunicação seja um instrumento e não um entrave, possibilitando, assim, relações mais harmônicas, mais democráticas. Os conflitos, muitas vezes, são necessários para impulsionar uma equipe e, neste sentido, devem ser trabalhados, visando o bem comum. A partir de relações mais horizontais na própria equipe, penso que os trabalhadores de enfermagem podem possibilitar a alteração destas relações também nas instituições de saúde, de uma forma geral, visando o estabelecimento de equipes de trabalho, com responsabilidades estabelecidas, com compartilhamento de decisões e de poderes.

5.4.5 Manifestações de alegria e de raiva

O trabalho constitui-se num ato concreto, individual ou coletivo, sendo uma experiência social. É no trabalho que o ser humano transforma a natureza, cria e recria, e também se transforma (Marx, 1983), sendo uma via de mão dupla, pois gera alegria, satisfação, prazer, mas também sofrimento, raiva, desprazer, quando as condições excluem possibilidades expressas da subjetividade e da competência.

Alguns estudos já foram desenvolvidos junto aos trabalhadores de enfermagem, no sentido de buscar entender como se manifestam o prazer e o sofrimento, entre os quais destaco os de Silva (1996), Lunardi Fº (1997), Taffe (1997), Gonzales (2000), Beck (2001) e Lima Jr. e Ésther (2001). A ambigüidade do trabalho, portanto, está presente no cotidiano da enfermagem, sendo principalmente nas relações que encontram motivos de prazer e alegria, mas também de raiva e sofrimento, o que foi apontado pelos trabalhadores do presente estudo.

É mesmo nas pessoas que você tem a fonte de alegria e tristeza, e é sempre mais alegria do que tristeza (TM 20).

Raiva, ao trabalho, não. Umas coisas entre colegas, mas nada de mais (TM 21).

Entre as manifestações de alegria, destacam-se às relacionados ao usuário dos serviços, ao fato de cuidar e ver a melhora do quadro clínico, principalmente daqueles que exigiram mais cuidados, para os quais a recuperação foi uma trajetória difícil. Esta alegria está relacionada à finalidade do trabalho da enfermagem, expressa desta maneira:

A nossa profissão, a gente sofre bastante, mas é um sofrimento que dá prazer, porque é assim, se a gente fosse trabalhar pelo dinheiro, não sei se eu estaria aqui ainda, eu acho que eu não faria isso. Agora, eu acho que a gente tenta unir o útil ao agradável, porque é assim, a enfermagem é doação (TM 15).

Mesmo que ainda perpassse a idéia de doação, de vocação, já há indícios do reconhecimento do trabalho da enfermagem como profissão, não reconhecida economicamente, o que causa certo sofrimento, mas recompensada pela possibilidade de ser útil, de cuidar do outro e de ser reconhecido por este cuidado, representando que há uma certa valorização social.

[...] a alegria é isso, tu descobrires o quanto tu és importante, tu és importante para muita gente, para cada paciente, a gente tem uma responsabilidade enorme, não é simples não, então você vê que é importante para alguém, indiretamente, mesmo que eles não valorizem, tu sabes que contribuiu, às vezes a gente encontra pessoas e vê que contribuiu para aquilo, então é uma alegria (TM 6).

Alegria a gente tem quando o paciente reconhece assim, agradece quando vai embora, reconhece o serviço que a gente fez, manda um cartão, uma flor, não que a gente assim, particular para um, que eu acho injusto, assim em geral, tem bastante paciente que manda assim para a secretaria de saúde, ela manda para cá, assim (TM 17).

De alegria, quando eu vejo o paciente se recuperar, às vezes está em semi-coma, tu vês ele começa andar, caminhar sozinho, vai ao banheiro, então a gente fica contente (TM 21).

Quando há o reconhecimento do trabalho, isto causa satisfação, prazer ao trabalhador, quer por parte do sujeito do cuidado, da equipe ou da instituição. Este reconhecimento é manifestado, principalmente, pelos trabalhadores de nível médio, bem como quando o trabalho possibilita a aquisição de bens. Referem ainda satisfação e alegria, quando percebem que o trabalho que realizam permite que se desenvolvam enquanto pessoas.

[...] só de alegria, pelo meu próprio crescimento, porque depois que eu comecei a trabalhar aqui nesta área eu cresci bastante (TM 1).

De alegria sim, eu faço aquilo que eu gosto aqui. Porque no outro local que eu trabalho eles recompensam e pagam além daquilo que eu mereço [...] eu ganho lá o que eu ganho na área da saúde. O trabalho lá, eu não precisei estudar, qualquer um pode, só precisa um pouquinho de dedicação. Eu trabalho aqui porque gosto (TM 3).

Eu sabia da responsabilidade, disso eu tinha consciência, mais do que consciência, mas no íntimo, no meu eu, era só financeiro que me interessava. Então a minha grande alegria é também isso, de descobrir que não é só isso (TM 6).

E alegria é o que eu consegui com o trabalho, o que eu consigo materialmente com o trabalho que eu faço (TM 12).

A equipe de enfermagem também é motivo de satisfação, de alegria. Estar junto, compartilhar, desfrutar a relação afetiva que vai se estabelecendo no dia a dia, e que transparece na fala dos trabalhadores, mostrando que, mesmo frente às adversidades, ao sofrimento, buscam saídas que possibilitem fazer o trabalho mais prazeroso.

Aqui, de alegria? Só com os colegas que trabalham, porque o resto assim [...] (TM 7).

E com os colegas também, com os colegas a gente acostuma assim a conversar, já tem intimidade com uns mais que outros, faz parte então do dia a dia (TM 21).

Ao mesmo tempo em que os colegas são fonte de alegria, também as relações interpessoais são fonte de sofrimento e raiva, expondo as contradições presentes nas relações, bem como no cotidiano de trabalho. Este dado foi o mais representativo entre os motivos de raiva destacados pelos trabalhadores, mesmo que, muitas vezes, as manifestações tenham sido “abrandadas”, como se não pudessem existir tais conflitos na equipe.

Não é reconhecida, às vezes, a falta de coleguismo também, uns trabalham mais e outros ficam só (TM 13).

Até da própria equipe, às vezes acontece da gente se desentender, mas daqui a pouco a gente já está se falando (TM 16).

O não reconhecimento do trabalho por parte dos usuários e familiares também é motivo de descontentamento, como se o sujeito do cuidado tivesse que reconhecer o trabalho, sempre, assim como a ausência de empatia entre aquele que é cuidado e o que cuida. O reconhecimento, a gratidão, diz Pitta (1993), representa uma troca simbólica, mas que nem sempre ocorre, interferindo no processo de desgaste do trabalhador, que busca naquele do qual cuida esta gratidão.

[...] e de raiva, foi enorme, não podia entrar mais em determinado quarto (porque o filho da paciente não queria). Isso me deu uma raiva extrema, a raiva do trabalho foi esta, porque as outras coisas, desagradam, mas não dão raiva, mas quando é uma coisa que a gente não sabe o que fez, isso te irrita, isso te dá raiva (TM 6).

[...] é que tu tens que ficar fazendo palhaçadinha para agradar. Não importa se tu és competente ou não, importa é tu agradar o doente (TM 7).

Raiva, às vezes, sente-se de um paciente ou de outro, quando a gente está conversando com o médico, e vem o paciente do lado diagnosticar o que aquele paciente passou, e sabe que não foi bem aquilo, e a pessoa diz, e não foi bem o que a pessoa pensou. [...] Eu digo para os pacientes que eu não gosto, porque tem pacientes que tem preconceito contra os outros pacientes, porque tem paciente que tem piolho, sarna, AIDS, estas coisas assim, e tem preconceito contra os próprios pacientes e isto chateia, assim, porque são pacientes de classe mais inferior, não tem uma condição de vida boa, ficam ali (TM 17).

Também são apontados como motivos de raiva e de descontentamento, o não reconhecimento da instituição, a não valorização do trabalho realizado.

[...] a gente faz um esforço e a gente não é reconhecido, às vezes quem tem que ser reconhecido, não é, às vezes isso me deixa chateada (TM 11).

O que desgasta a nossa profissão não é o trabalho em si, são os dissabores, é você não ser compreendido, você não é valorizado, você não é aceito muitas vezes (TM 15).

Principalmente para os enfermeiros, outro motivo que causa descontentamento e raiva, é a impotência frente a determinadas situações, ou não ter condições adequadas de trabalho, o que também foi apontado em trabalhos como o de Beck (2001) e Lima Jr. e Èsther (2001).

[...] não raiva com o setor, com os funcionários, assim, mas é assim, às vezes comigo mesmo, porque não me organizei com aquilo, porque não pensei nisso antes, antes de ter acontecido (TS 3).

[...] raiva é mais relacionado ao sentimento de impotência, às vezes há uma impotência pelo próprio quadro do paciente [...] No momento o que eu me lembro é mais a questão de impotência, porque no final a gente já se torna fria com esta questão, mas a questão clínica ainda me envolve, mas até ali, porque não sei como eu consegui separar, sentir a emoção aqui dentro, mas não lá fora, lá fora é outro contexto diferente (TS 5).

O que causa certa preocupação, é o trabalhador ir acomodando-se às situações, como se fosse sendo anestesiado, frente à impotência na resolução dos problemas, nas tentativas de mudança, sem sucesso. Mas será que ficar acomodado também não gera sofrimento? Ou seria este um mecanismo de defesa?

Afirma Dejours (1999, p. 144), que toda ação implica uma parte de trabalho, mas o sujeito da ação pode se achar tão ocupado com o que lhe exigem o trabalho e a atividade, que acaba por perder aí sua relação consciente com a ação. Não seria esta a forma dos trabalhadores de enfermagem negarem o sofrimento, trabalhando, atuando, como se nada os tivesse atingido? É possível que esta seja uma estratégia defensiva, ou seja, trabalhar, trabalhar, trabalhar, ocupar todo o tempo, sem ter tempo para pensar, para tomar consciência do sofrimento, do desgaste, como se isto não fosse permitido ao trabalhador de enfermagem,

que tem ainda a vocação, doação, o cuidar do outro, como algo intrínseco à profissão, não havendo espaço para o sofrimento, para o enfrentamento das adversidades de forma mais amadurecida.

Beck (2001), em seu estudo sobre a banalização do sofrimento dos trabalhadores, refere que estes assumiram duas formas de apresentação: a naturalização do sofrimento e o envolvimento com ganhos secundários, como uma recompensa. De certa forma, as manifestações de alegria e raiva foram neste mesmo sentido, em que os dissabores são entendidos como algo inerente à profissão, sendo a recompensa e o reconhecimento uma saída. Acredito, tal como Beck (2001), que há necessidade de se enfrentar a banalização do sofrimento, buscando formas de tornar o trabalho fonte de prazer, alegria e satisfação.

Afirma Codo (2000, p. 135), que, *quando se deterioram as relações de troca, estão se deteriorando as relações sociais, as possibilidades de reconhecer-se e/ou reconhecer o outro*. A organização do trabalho não é algo só técnico, pautado apenas em normas, regras, regulamentos, *mas é também objeto de um complexo jogo de relações sociais de trabalho* (DEJOURS; JAYET, 1994, p. 101), as quais, na enfermagem, são estabelecidas com diferentes sujeitos, ou seja, o usuário, a equipe multiprofissional, a equipe de enfermagem, as instâncias hierárquicas, e que também se refletem no cotidiano do trabalhador junto a seus familiares. Compatibilizar esta rede relacional tem sido um dos grandes desafios da profissão e, para tanto, entender a dinâmica das relações interpessoais é um dos caminhos apontados em estudos como os de Leite e Ferreira (1997, 1998), Matos (2002), Mesquita (2002) e Urbanetto (2002), pois as relações interpessoais têm sido fonte de conflitos, dissabores, mas também de alegria e prazer.

Neste sentido, afirma Sá (2001, p. 159) que *se faz necessário priorizar a análise dos processos grupais como uma importante condição para uma melhor compreensão da dinâmica organizacional e dos limites e possibilidades para a governabilidade das organizações*. Desta forma, pensar em mudança organizacional, pensar em avançar na construção de um projeto coletivo para a enfermagem, é pensar nas relações que se estabelecem no dia a dia, mudanças que podem ser pequenas, mas importantes para o trabalhador enquanto sujeito ativo, criativo, afetivo, relacional.

6 ALTERNATIVAS: UM MODELO DE GESTÃO DEMOCRÁTICO

Buscar e imprimir mudanças passa necessariamente pelo conhecimento da realidade organizacional da instituição, sendo que, a partir deste conhecimento, pode-se lançar mão de estratégias informativas e formativas, visando as mudanças desejadas. Acredito que as mudanças não ocorrem apenas pela introdução de normas, mas muito mais pela vontade ou desejo daqueles que compõem a organização. Desta forma, as alternativas aqui apontadas não devem e não podem ser apenas transpostas para determinada instituição, sem que haja uma ampla discussão entre aqueles que a compõem.

Há que se destacar, ainda, que as alternativas apresentadas representam o anseio de um grupo de trabalhadores, de instituições distintas, mas que refletem, de certa forma, o desejo da categoria de enfermagem. Certamente, a validação generalizada destes pontos vai depender de cada instituição, por isso, mais uma vez, reafirmo que não há como se transpor dados ou estratégias linearmente, de forma simplificada.

Talvez seja uma pretensão apontar um modelo, afinal são tantos os modelos administrativos existentes. Mais que isto, pretendo apontar alguns indicativos, que podem auxiliar na composição de modelos para variadas instituições, adaptadas a cada realidade. Algumas questões são genéricas, tais como as estruturais, que ultrapassam o âmbito institucional, que repercutem na organização profissional. Outras indicações são pontuais, para determinada realidade, em alguns casos, para a realidade estudada. Desta forma, concordo com Merhy (1997, p. 93), quando afirma que atualmente

estamos vivendo uma situação histórico-social, que tem definido para as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através dos modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma

plasticidade que as transformam quase em uma ‘organização inteligente’, que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade.

As alternativas apontadas pelos sujeitos trabalhadores de enfermagem envolvem aspectos estruturais, organizacionais, relacionais, mostrando que há, também, uma congruência entre os dados no que se refere aos aspectos relatados como desgastantes e as alternativas referidas pelos sujeitos trabalhadores. Vale destacar que os trabalhadores não se deram o direito de sonhar, de buscar muitas alternativas, de usar de sua criatividade, como se estivessem “embotados” pela máquina institucional, como se sonhar não fosse possível, ou quem sabe, porque seja melhor trabalhar apenas com a realidade concreta.

Estes questionamentos são importantes porque, durante a entrevista, perguntava aos sujeitos trabalhadores “o que mudariam se fossem gerentes de enfermagem, quando teriam todo o poder para alterar o cotidiano”. Talvez o “medo” de ter o poder também tenha bloqueado a manifestação da subjetividade, da criatividade, de buscar um trabalho mais prazeroso, completo, que permitisse a todos o direito de cidadania, de serem sujeitos da história.

Mas os trabalhadores, mesmo que transparecendo certas dificuldades para expressar desejos de mudança, acabaram por defini-las, sendo que foram, principalmente, os aspectos organizacionais, seguidos pelos relacionais, os mais destacados, mais uma vez confirmando a tese de que os aspectos estruturais, mesmo que levem à precarização da vida do trabalhador, são, de certa forma, negados por estes, inclusive no que concerne às estratégias de mudanças.

As alternativas propostas quanto aos **aspectos estruturais**, apontados pelos trabalhadores, relacionam-se basicamente a fatores definidos pela conjuntura política e econômica, como a necessidade de diminuição da carga horária, isto na instituição privada, já que, na pública, realizam 30 horas semanais, e nas duas instituições destacam o aumento de salários. Quanto aos aspectos relativos à política de saúde, apontam a contratação de pessoal como uma das estratégias para diminuição da sobrecarga de trabalho. Há que se ressaltar que, entre os aspectos estruturais, o aumento do número de trabalhadores foi a estratégia que mais se destacou, seguida pela diminuição da carga horária.

[...] o número de funcionários também, eu acho que quando se aumenta o número de funcionários, a gente divide mais as tarefas, apesar de que nós aqui não temos do que reclamar agora, melhores salários (TS1).

[...] precisava sempre um coringa até às 8 horas, nove horas. Porque corre, depois vem a medicação das oito, então eu acho que o que falta é aquela pessoa para ajudar depois das oito (TM 8).

Mais funcionário na farmácia, porque final de semana eles são em dois, os coitados não vencem, menina do céu, às vezes todo mundo vai, se os médicos passaram cedo, mas eles tem como prioridade UTI e Coronária, os outros pedidos vão ficando. Às vezes, o último pedido chega às 5 horas, aí todo mundo se atrasa junto (TM 9).

[...] deveria ter um coringa, quatro (trabalhadores), nem que fosse só de manhã. [...] Solicitar mais funcionários, mais enfermeiros, solicitar que tivesse no andar um médico de plantão, de clínica médica, que trocasse de 4 em 4 horas (TM 17).

O que se percebe é que os trabalhadores de enfermagem identificam necessidades de pessoal não apenas na sua equipe de trabalho, mas também em outros setores, pois a falta de pessoal acaba interferindo no cotidiano de trabalho, quer pela sobrecarga decorrente do trabalho da enfermagem, quer em função da organização do trabalho no setor e na instituição. Aumentar o número de trabalhadores, mesmo que durante apenas um período (o matutino, identificado pelos trabalhadores como o mais pesado, em função da higiene e conforto), implica numa re-distribuição interna do trabalho, diminuindo, conseqüentemente, o desgaste físico e psíquico. Há que se lembrar que a maioria das instituições de saúde atua com um número mínimo de trabalhadores, tendo como uma das causas o sucateamento do setor saúde.

Brigaria com recursos humanos ou com os recursos financeiros para dar aumento de salário, ou uma gratificação, por pontos que tu consigas, se tu vens uniformizado, dentro do padrão, uma gratificação e seria mais sociável com os funcionários, conversaria mais sobre o que ele está precisando, quais as dificuldades. Não tem assim uma gratificação, tu tens aquele salário, tu não tens assim. Tu tens aquele destaque, aquela foto ali no mural. A instituição não dá nada, nada no hospital, só o paciente, a família. Não tem um algo mais assim, ainda às vezes assim, um ou outro médico que vai elogiar, que tu estás lá embaixo, mas nada porque tu és boa, boa (TM 8). (grifos meus)

A recompensa financeira, num primeiro momento, poderia nos levar a pensar no incentivo monetário proposto por Taylor e Fayol, aos moldes da organização científica do trabalho, no entanto, há que se ter formas diferenciadas de recompensar aquele que trabalha bem, sendo esta uma estratégia proposta por estudiosos do campo da saúde (CAMPOS, 1997; CECÍLIO, 1997 a, 1997 b, MERHY, 1997). Desta forma, afirma Campos (1997, p. 233), *dever-se-ia considerar a realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde. Os serviços deveriam se constituir em espaços onde os agentes de saúde pudessem reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência.*

Quanto à política de saúde, há preocupações relativas ao usuário, como viabilizar um tratamento mais eficaz, humano, devolvendo-o o mais rápido para o convívio familiar.

[...] muitas vezes o paciente fica dentro do hospital, dois, três, cinco dias a mais, por causa de um comprimido, porque aquele comprimido é muito caro. Eu acho que o hospital em si, como instituição, deveria dar, está aqui o teu remedinho, ele custa 100 reais o comprimidinho, 90, 3, 2, mas está aqui, toma todos os dias à tarde, você está com sua consulta aqui. [...] Eu acho que isto dá para fazer, mesmo nas condições que tem hoje, dá para fazer e se devia fazer, porque é mais humano, porque ele está em casa, eu duvido que ele não vai tomar aquele remédio. Ele não toma muitas vezes porque ele pega a receita, ele vai à farmácia, um cipro está custando 3 reais, como é que ele vai comprar, um hidróxido de alumínio é 10 reais o vidro, uma dipirona, um tylenol está 5, 6 reais o vidro, que dá para dois, três dias (TM 20).

Também é em Cecílio (1997 c, p. 476) que busco argumentos para referendar tal pensamento, quando afirma que há necessidade do sistema de saúde reorganizar-se para *reduzir o tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e tecnologias* que permitam ultrapassar a centralidade da internação hospitalar como forma de tratamento. Aponta, como possíveis estratégias, os programas de internação domiciliar, visita domiciliar e médico de família, recuperando o papel importante que as unidades básicas têm dentro do sistema de saúde.

Ainda em relação às estratégias sugeridas quanto aos aspectos estruturais, destaca-se a necessidade dos trabalhadores de enfermagem engajarem-se nas lutas da profissão pelo estabelecimento de um piso salarial e carga horária de 30 horas semanais, bem como nas lutas pela manutenção de um sistema de saúde público, pautado nos pressupostos da universalidade, equidade, integralidade e boa qualidade. Para tanto, os trabalhadores de enfermagem devem assumir a responsabilidade e o compromisso com a defesa da vida, quer dos usuários, quer de suas próprias vidas.

Os **aspectos organizacionais** assumiram um papel de destaque entre as alternativas apontadas pelos trabalhadores, no sentido de minimizar o processo de desgaste, o que acredito ter relação com o concreto vivido, que se apresenta de forma mais consistente no cotidiano de trabalho. Os trabalhadores sabem bem o que representa trabalhar em um ambiente insalubre, pequeno, desconfortável, sem lugar adequado para descanso, com materiais precários e insuficientes, implicando na qualidade da assistência. Nas duas instituições, as condições de trabalho, representadas pela estrutura física, qualidade e quantidade de materiais, acesso aos serviços de saúde, foram destacados.

Ah! Ia comprar um monte de material. Aqui no box, no banheiro, como é que tu vais colocar uma cadeira de rodas, tens que te quebrar para erguer a cadeira para colocar dentro do box, porque aquilo não é reto (TM 7).

[...] daria uniforme para os funcionários da enfermagem, porque todo mundo aqui

ganha, a lavanderia ganha, a copa ganha, os escriturários ganham, todo mundo ganha, até o porteiro ganha, a enfermagem nunca ganhou um termômetro, assim, isso o hospital está dando para a enfermagem, nunca deram nada, nem um avental, se quiser andar de branco tem que sair do teu bolso, porque uniforme tem que usar, eles exigem, que mais eu faria, uma sala de descanso decente, meu Deus, final de semana, aquelas duas horas, descansar aonde? Eu acho que eu daria uma sala decente para todo mundo (TM 9).

[...] fazer um convênio, um convênio melhor para os funcionários, porque o funcionário não pode ficar doente, se o funcionário ficar doente, tem que fazer tudo pelo SUS, porque se depender daqui vai ser difícil, porque não tem um ginecologista (TM 11).

Tirava, ou dividia aqui, para reduzir o número de leitos, porque é muito paciente num quarto só, ou fazer uma divisória, cortina, alguma coisa assim, um espaço melhor para os funcionários. Implantava o cuidado integral, pelo menos assim para experimentar, fazia um treinamento (TM 13).

[...] emergência deveria ser separada do hospital, dos andares. Não, separada não, mas que tivesse uma porta fechada, que aqueles que consultassem na emergência, não pudessem ter acesso aos andares. [...] estrutura física do hospital tem que melhorar bastante, tinha que ter uma área para os pacientes fumar, tomar sol, não tem, é muito apertado, não tem banheiro para nós irmos, o banheiro é da UTI, fazer uma área de sol para os pacientes, porque os pacientes que podem andar da clínica médica, ou ir até de cadeira de rodas, às vezes, sozinho, às vezes, se fizer uma área de lazer para eles, eles jogam baralho, sei lá, porque tu andando, tu sendo lúcida, tu ficar o dia todo em cima de uma cama, tu saís dali com mais problema ainda, com problema de coluna (TM 17).

Também a divisão interna do trabalho, com redistribuição de tarefas, redistribuição dos quartos, diminuindo o ir e vir constante, bem como a questão da informatização dos pedidos de farmácia e a disponibilidade de material no setor, estes dois últimos itens referentes, principalmente, à instituição privada, são solicitações dos trabalhadores, aliados à organização interna do setor, visando a ordem mesmo, organização esta que, muitas vezes, é determinada pelos enfermeiros, que nem sempre estão na assistência direta, interferindo no fazer dos trabalhadores de nível médio.

[...] a questão mesmo da medicação, que é o que para mim está mais difícil, não só para mim, mas para os outros também. Não ter medicação no setor e final de semana ter que digitar, às vezes fica uma sozinha no posto, uma hora, porque é muita medicação, tem que conferir tudo na farmácia (TM 1).

[...] a organização da unidade, eu acho que eu mudaria, às vezes falta um quadro aqui, identificar os memorandos, quando a enfermeira não está no final de semana, ou deixar uma gaveta com um próprio memorando para isso, outra para aquilo, já deixar preparado, porque às vezes a enfermeira já foi, depois das 4 horas da tarde, e eu preciso de uma bombona de água, eu só posso tirar esta bombona com um memorando da enfermeira (TM2).

[...] distribuição dos quartos, eu não separaria por ordem, eu separaria por parede, para não desgastar, pensando no desgaste físico. Quem estava lá, vai cuidar só de lá

e quem está para cá, vai cuidar só de cá. Meu Deus! O desgaste físico seria bem menor, porque você não vai ter que correr do 211 ao 216, ou do 219 ao 222, você vai estar só com aqueles pacientes. A ordem vai melhorar muito, muito, muito (TM 2).

[...] ia ver uma forma da prescrição ir direto para a farmácia, para não ter que digitar, eu acho ruim a gente ter que digitar. [...] Eu acho também uma perda de tempo o escriturário pegar a medicação na farmácia, deveria ter uma pessoa para entregar no setor, como já teve aqui no Hospital, uma pessoa com um carrinho, só para levar nos setores. E o escriturário, eu colocaria ele para cuidar mais da parte administrativa [...] Eu tiraria esta parte de medicação. Eu mudaria. [...] para isso deveria diminuir o número de escriturários, eu acho válido, e faria um escriturário cobrir duas, três alas, vamos supor (TM 4).

[...] esta coisa do escriturário ter que passar horário, quem estiver na medicação é que assume, ou dar para a enfermeira do andar. Isto aí eu mudaria, com certeza (TM 14).

Na instituição privada, houve manifestações acerca da necessidade do material para emergências estar mais disponível no setor, já que há um carrinho de emergência por andar, ficando no setor apenas ambú e máscara, o que tem gerado insegurança nos trabalhadores.

Poderia ter pelo menos um carrinho para estas duas unidades, porque uma vez já ocorreu, teve uma parada às 6:00 hs, 6:30 hs teve outra, o carrinho não estava reposto, isto é um fato que deveria mudar (TS 4).

Ainda em relação às alternativas propostas, chamou a atenção a necessidade dos trabalhadores quanto à normatização. Normas são necessárias, no sentido de dar uma direção, mas desde que sejam flexíveis, claras, aplicadas ao coletivo de trabalhadores da instituição, bem como possam ser discutidas e definidas coletivamente.

Definiria estas atribuições a quem compete. Internação seria responsável pela internação, alta, tudo que se relaciona com o paciente, à parte burocrática. Tem funcionários só para isso (TM 6).

[...] se você se sente bem no seu local de trabalho, você produz mais, eu vejo de certa forma que, não soltar as rédeas para o funcionário, mas ser mais flexível (TM 5).

[...] tinha uma rotina muito boa de trabalho, horário de tudo era mantido, esse é o horário de trocar solução, de trocar solução, ela trabalhava muito bem. Então, se eu fosse gerente, eu cobraria um pouco mais isso, que fosse realizável. Daria mais curso, e daria horário para isso (TM 6).

Afirma Pierantoni (2001, p. 349) que existem princípios básicos de administração, os quais são reconhecidos e sistematizados, porém pouco utilizados na área da saúde, quais sejam: o reconhecimento do papel dos trabalhadores na vida da instituição, o que significa a adoção de mecanismos participativos de gestão, a responsabilidade dos trabalhadores com os objetivos e práticas institucionais, substituindo-se as formas autoritárias de controle por

espaços que permitam a manifestação da criatividade e iniciativa do trabalhador, e a *utilização do espaço de gestão para efetivação de mecanismos regulatórios relacionados com a autonomia e corporativismo profissionais*, implicando na atuação dos gestores como intermediadores nos processos de negociação entre as instituições e o Estado, bem como com as corporações profissionais. Pierantoni (2001, p. 354) salienta, ainda, que a regulação não deve se dar por meio de normas coercitivas, mas por meio de normas e padrões flexíveis, que favoreçam o desenvolvimento de *mecanismos facilitadores da criatividade e da responsabilização para a consolidação social*. Há, portanto, que se caminhar no sentido de gestões que permitam a participação mais ativa do trabalhador nos processos decisórios, quer vinculado à unidade em que atua, relacionada ao sujeito do seu cuidado, quer vinculado a aspectos centrais da instituição, como a definição da missão, objetivos e planejamento. Para tanto, uma das saídas apontadas é o processo eleitoral, já que nas duas instituições, os cargos ocupados pelos gerentes (e sub-gerentes na instituição pública) são de confiança da direção, sendo, portanto, indicados.

[...] a eleição, eleição para gerente, eleição para chefe de setor, isso é democracia, eu trabalharia muito mais feliz com um chefe que eu escolhi. Se o meu voto não ganhou, e a maioria achou que sim, eu vou acatar, para mim isso é democracia, isto não existe aqui, é uma ditadura, isto aí é obsoleto para a nossa atual conjuntura social, econômica. Quer dizer, há necessidade de transformações, há, com certeza eu acho que a qualidade ia melhorar muito (TS 7).

Por serem cargos de confiança, com indicação, há certa limitação, sendo que alguns trabalhadores a reconhecem, relacionando-a a este fato. Outros apontam que há uma limitação decorrente do próprio modelo gerencial, em que há um grau de subordinação com instâncias superiores e limitação do grau de autonomia do gerente.

Quarta coisa que eu ia fazer, eu ia exigir carta branca para o gerente, porque a gerência virou uma marionete do diretor (TS 7).

Olha, se eu te disser que o que a gerente não faz é porque não depende dela (TM 20).

A gerente não pode fazer muita coisa, na verdade, depende muito destas coisas. Não dá para fazer uma mágica e mudar tudo do dia para a noite, tem muitas coisas, eu não sei (TM 21).

Há que se reconhecer que os gerentes e administradores têm um poder de intervenção bastante limitado dentro do atual modelo de saúde, principalmente no setor público, em que se prevê a descentralização dos serviços, mas, ainda, se mantém uma centralização das decisões. As eleições podem ser uma saída, bem como a discussão do corpo gerencial na busca de

soluções, essencialmente no que concerne à maior autonomia na tomada de decisão. Também, uma forma de gestão que envolva a equipe na discussão e resolução dos problemas pode ser uma estratégia, mais uma vez reforçando a necessidade de envolvimento dos trabalhadores nos processos decisórios.

[...] eu como enfermeira chefe não conseguiria mudar muita coisa sozinha, mas ia conversar com as enfermeiras de outros setores para a gente poder levar as propostas (TM 1).

Formar um conselho de gerentes das instituições de saúde para discutir questões gerais. Discutir perfil filosófico, ético e profissional, no sentido de dar um direcionamento para os profissionais de enfermagem (TS 5).

Diz Uribe (2001, p. 218) que *líder é quem fomenta os processos de aprendizagem que podem gerar uma liderança disseminada*. O líder não trabalha sozinho, não planeja sozinho, pois planejar não deve ser um ato solitário, mas sim solidário, envolvendo os trabalhadores. Neste sentido, os enfermeiros têm um papel a desenvolver nos processos decisórios, no planejamento e no desenvolvimento da liderança, liderança esta que nem sempre é inata. A ocupação dos espaços também é uma estratégia apontada, que permite, inclusive, o reconhecimento da profissão, bem como a necessidade de se engajar nos movimentos da instituição e da própria profissão, ser politizado, como expressa um dos trabalhadores.

[...] a enfermagem está ocupando os seus espaços aos poucos, como tu falaste, agora tem o enfermeiro do centro de estudos. Nunca que um enfermeiro foi diretor por quatro anos (do centro de estudos), então a gente conseguiu muita coisa, mas é importante sim o enfermeiro se politizar, se ele não tiver política dentro do hospital, ele não consegue nada, porque a política toma um tempo. O pessoal vem, oh! entra numa chapa, o pessoal sabe que eu puxo voto, eu vou puxar aí uns 40, 50% dos votos nesta eleição, mas porque eu sou uma pessoa que não tem uma visão para mim, eu tenho a visão para os outros (TS 7).

Também, relacionada ao papel do enfermeiro, destaca-se a definição de um método da assistência, como algo que vislumbra como necessário, algo que acreditam irá interferir na organização interna do trabalho, na qualidade da assistência e no próprio reconhecimento do profissional. Apontam, ainda, a assistência integral como uma estratégia para a melhoria da qualidade da assistência, apesar das resistências decorrentes de experiências anteriores (como já destacado anteriormente)

Implementava uma metodologia no hospital, isto traria uma organização, seria uma coisa mais planejada, seria mais organizada a forma de trabalho, mais autonomia para os enfermeiros (TS 6).

Outro ponto essencial para enfermeiros e trabalhadores de nível médio, nas duas instituições estudadas, refere-se aos treinamentos, à educação continuada, apontada como importante para a melhoria da qualidade da assistência.

Liberaria para estudar, porque é uma coisa que eu quero, e agora eu consegui que ela me liberasse para a matrícula, então liberaria horas, porque eu acho que o Hospital é que ganha com isso, ter mais enfermeiros, quantos tem especialização, então melhora para a instituição assim, tem coisas assim que são pessoais minhas (TS 3).

Eu acho que faria tipo um treinamento, com todos os funcionários. Treinamento do trabalho, de como fazer, a maneira de fazer, porque fazer (TM 18).

[...] treinamentos, o nosso serviço de treinamentos não existe, porque eles não determinam um enfermeiro específico para treinar este pessoal com efetividade. Para você treinar este pessoal com efetividade, você teria que ter um laboratório e em cima disso trabalhar estes funcionários mesmo (TS 7).

Como se percebe, os aspectos organizacionais parecem mais palpáveis, mais visíveis aos trabalhadores, com indicativo de que um modelo de gestão na enfermagem deve preconizar a participação dos atores envolvidos (trabalhadores e usuários), na definição de normas claras e objetivas, para os diferentes segmentos institucionais, conquistando condições de trabalho adequadas, dignas, visando à assistência de qualidade.

Como estratégias de re-organização referentes aos **aspectos relacionais**, os trabalhadores indicam questões que dizem respeito principalmente à equipe de enfermagem, às relações internas, bem como às relações hierárquicas. Destacam a necessidade de construir relações mais harmônicas e humanas, valorizando o sujeito trabalhador, e a realização de reuniões.

Como já destacado anteriormente, as reuniões são espaços de troca entre os trabalhadores, permitindo “apapar arestas”, trabalhar os conflitos, planejar ações, aprimorar as relações interpessoais, compartilhar problemas, buscar soluções. São espaços que permitem o encontro, nem que seja para festa, como dizem os trabalhadores, mas principalmente para ajustes no trabalho.

Porque se entra numa reunião dessas, fala-se um monte, discute-se um monte, conversa-se um monte, sem ninguém interrompendo, como estão interrompendo nós dois aqui, e quando você sai, saí abraçado com o seu colega, e se ele deixar o hamper amanhã, você chega: oh! Fulano, nós não conversamos ontem? É, seria diferente, quando tem estas reuniões melhora. Na enfermagem, eu tento, ninguém me escuta. Às vezes eu tento reunir o pessoal, vamos tomar uma cervejinha, agito, mas eu não consigo, eu agito bastante para ver se eu consigo tirar pelo menos uma vez a cada três meses, mas é difícil (TM 5).

[...] reuniões para marcar férias, reunião para sortear licença prêmio, sortear férias também, explicar como é que é esta pontuação, porque eu trabalho aqui há um ano, mas eu não sei, reunião para a gente colocar, não só no plantão, mas com convocação, como acontece em outros hospitais, reunião convocatória, tem que estar aqui tal dia, só não vem quem está de plantão, se não der para outro setor cobrir, para explicar, oh! Vocês tem um problema assim, fulano, porque às vezes falando cara a cara melhora, e no grupo. Fazendo avaliação, reunião até para comer um bolo junto, é importante (TM 13).

Claro, como gerente de enfermagem, fazia uma reunião pelo menos, de três em três meses, de seis em seis meses, para ver se o setor estava indo bem, se estava todo mundo contente, se não estava, se tinha alguma reclamação, eu acho que de seis em seis meses, porque desde que eu entrei aqui, não teve reunião (TM 14).

[...] faria uma reunião assim, para estabelecer uma rotina, tipo mudança de decúbito. Fazer mais rodízio na escala, que às vezes a gente está numa enfermaria pesada e como é hora plantão, a gente cai na mesma enfermaria [...] Eu acho que aqui as mudanças seriam poucas, não tem muita coisa para mudar, acho que está tudo bem, pelo menos eu não noto (TM 16).

Também, a valorização dos profissionais, por meio de ações que visem a humanização, as relações interpessoais, são apontadas pelos trabalhadores, muitos, inclusive, reconhecendo o que tem sido feito na instituição pública, referendando o programa instituído que visa a motivação e valorização dos trabalhadores.

A questão que já está se trabalhando, o programa desenvolvido no hospital. Tem surtido efeito na situação de algumas aulas que elas tem feito de relaxamento, aulas localizadas de alongamento, que daí o pessoal tem saído do setor e tem feito, porque estas aulas são depois do horário de trabalho, isto tem dado um pouco mais de motivação neles. A questão do psicológico, lá de recadinhos, de estímulos, cartazes de aniversário, as festas de confraternização, o projeto tem ajudado bastante (TS 6).

[...] também esta questão de cuidando do cuidador, esta parte de ginástica eu acho muito legal. Acho legal esta parte de ginástica durante o trabalho, esta parte de alongamento, aí também faria esta parte. [...] Continuariam fazendo o que a gerente também faz, que é ajudar na promoção de festas de ano novo, eu acho muito legal, promover a parte esportiva, é muito legal também (TS 5).

Primeira coisa, eu acho que a humanização, a valorização, primeira coisa. Eu acho que o ser humano precisa de estímulo, precisa ser valorizado, primeira coisa, humanizar. Humanizar o hospital. Tu sabes que a gerente de enfermagem está fazendo um trabalho interessante, mas eu acho que nós temos muito ainda a galgar, nós temos muito a caminhar. [...] O reconhecimento, o reconhecimento pela profissão, é, começando pelo um simples bom dia, que começa por aí, pelas coisas mais simples, mais singelas, que é a essência do ser humano, então começando pela base, fazer um trabalho alternativo, como aulas de relaxamento, aqui no setor, eu digo aqui, que deve começar aqui. Então digamos, de manhã, antes de começar o trabalho, a gente fazer uma oração, dez, quinze minutos de relaxamento. (TM 15).

[...] eu faria muitas mudanças, mas eu ia trabalhar muito, eu, eu sei que isto dá muita insatisfação, eu ia trabalhar muito o ego do funcionário, não só com gratificações, por dinheiro, nem nada, mesmo que eu acho que o dinheiro às vezes nem vem em boa hora, mas com gratificações do ponto de vista de reconhecimento, não ir lá para

o mural, entendesse, mas ser reconhecido, isso já vem, não só para a gerente de enfermagem, mas com as enfermeiras, para trabalhar isso com os funcionários, um funcionário feliz, tudo vai bem. E sei lá, trabalhar assim, lutar por um psicólogo para o funcionário (TM 10).

O trabalhador de enfermagem sente a necessidade de também ser cuidado, de ser valorizado. Mas só a realização de programas desta natureza não são suficientes para dar conta da dimensão das relações interpessoais. Assim, os trabalhadores apontam a necessidade de relações mais horizontalizadas na equipe de enfermagem e com as instâncias hierárquicas.

Primeiro, gerente, eu, ser mais igual com os técnicos. Ia ser mais humana, ia dar mais condições de trabalho para os funcionários (TM 7).

[...] em nível de recursos humanos, levantaria o que está agradando, o que está desagradando, o que precisa mudar? Iria a cada setor, em cada gerente de enfermagem, vai lá, perguntaria como está, quem precisa mudar, quem quer mudar, porque, teu horário está bom? Tentaria entrar neste consenso, não é fácil (TS 6).

[...] aqui as pessoas se vissem mais como seres humanos, de deixar para o lado: mim enfermeiro, mim técnico, porque no nível médio tem pouco disso, mas ainda tem de enfermeiro, de médico, mas nós somos todos seres humanos, sorte uns tiveram para estudar um pouquinho mais, um pouquinho mais, mas é mais assim (TM 20).

Trabalhar as relações interpessoais pressupõe entender o ser humano como sujeito, com emoções, desejos, pulsões. É entendê-lo, na perspectiva de Sá (2001, p. 159), como

um ser criativo, que busca mudanças (pequenas, cotidianas), capaz de perceber a diversidade, e fazer de suas contradições, de seus conflitos e medo a própria condição de sua vida. O sujeito é alguém que quer criar coisas e reconhece a alteridade do outro e sua própria alteridade.

É um ser em relação, é humano e, neste sentido, parece soar estranho aos nossos ouvidos que este ser humano clame por humanização. Humanização de humanos parece algo redundante, mas o que quer este sujeito é ser reconhecido como cidadão, como profissional, como alguém que tem valor.

Enfermagem, enfermagem, seria mais, considerar mais a enfermagem, o pessoal considera pouco, a valorização da enfermagem (TM 21).

Humanização da assistência, de uma forma geral, trabalhar nesta questão (TS 5).

A humanização da assistência, como a relação que se estabelece com o sujeito do cuidado, com este ser, também humano, também com emoções, desejos e pulsões, e que também deve ser horizontal. Tem-se discutido, inclusive, em como denominar este ser que cuidamos, este ser objeto do nosso trabalho: paciente? Cliente? Usuário? Sujeito

hospitalizado? Sujeito do cuidado? Penso que este ser humano deve ser entendido e atendido em sua multidimensionalidade e integralidade, em suas necessidades, ser respeitado como cidadão. Desta forma, estaremos dando mais importância ao conteúdo da relação do que à denominação ou à forma como a pessoa chega em busca de assistência.

Ainda, como estratégias, apontam o profissional psicólogo como aquele que pode dar suporte psicológico aos trabalhadores. Isto porque na enfermagem, e entre os enfermeiros, em especial, têm se escutado pouco, de modo que os trabalhadores identificam o psicólogo como alguém que pode escutá-los, alternativa esta apresentada, primordialmente, pelos trabalhadores da instituição privada.

[...] não tem nenhum auxílio, um psicólogo (TM 8).

Primeiro colocaria um psicólogo a disposição dos funcionários, uma psicóloga boa, que estivesse lá em baixo, para qualquer hora que quiser ter a possibilidade de conversar com ela, de tu não seres punida, de tu perderes uns 15, 20 minutos, vai ver o bem que tu vais fazer para o teu funcionário, não é nem para o hospital, nem para a pessoa, para o teu funcionário, porque quanto melhor eu estiver, mais vai refletir sobre o meu trabalho, mais eu vou fazer, melhor eu vou tratar os paciente, melhor eu vou tratar os médicos (TM 11).

Ao identificar os fatores que interferem no processo de desgaste, quer no âmbito estrutural, organizacional ou relacional, há uma predominância de fatores que levam ao desgaste psíquico, tal como a impotência frente aos aspectos estruturais, como baixos salários, duplo vínculo, política de saúde, o conflito ético gerado pelos aspectos organizacionais, como condições adversas de trabalho, a divisão social e técnica ainda acentuada, a indefinição de papéis ou mesmo os conflitos decorrentes das relações, para citar apenas alguns. Esta predominância do desgaste psíquico pode estar justificando, também, a presença do psicólogo, identificado como aquele profissional que pode auxiliar na resolução dos conflitos, pois os enfermeiros, mesmo que atuando com equipes, com pessoas, não tem sido preparados para trabalhar com a dinâmica das relações interpessoais.

Chamou atenção, no relato de alguns trabalhadores, a resistência para mudanças, como se o medo do desconhecido falasse mais alto. As resistências apareceram por parte da direção da instituição pública, quando do início do programa “Cuidando da família do Hospital”, e, também, por parte dos trabalhadores, que limitaram a participação no projeto.

[...] a gente notou é que apesar de ele poder ser dispensado uma hora, a direção daí aceitou com alguma resistência, porque muita gente: ah! Vai fugir uma hora do serviço, vai ficar lá relaxando, porque a gente usava na dinâmica de grupo, também complementava com relaxamento, aí vai ficar uma hora sem fazer nada, vai ficar

uma hora fugindo do trabalho, já trabalha pouco, já chega tarde e ainda uma hora de dinâmica de grupo, então teve bastante resistência, por parte da zeladoria mais ainda, porque era o pessoal terceirizado. Teve muita resistência para que eles pudessem participar do projeto. Hoje não, hoje a gente já tem uma melhor aceitação dentro do hospital (TS 2).

[...] apesar de eles poderem sair, serem liberados, não houve assim, é, muita procura dos funcionários, principalmente da enfermagem, porque se eles tinham que sair e depois fazer o serviço que estava atrasado, então eles preferiam não ir (TS 2).

O que se percebe é que, na interpretação da direção, os trabalhadores participam para “fugir do trabalho”, negando que este pode ser um respiradouro, como falam Gonzalez (2000) e Beck (2001), fundamental para a saúde mental dos trabalhadores. Porém, os trabalhadores, em função da infra-estrutura e falta de remanejamento nas atividades, acabam por não participar, cabendo-lhes certa “culpa” pela não efetivação do projeto a contento. Esta pouca participação pode ser reflexo do medo do desconhecido, ou, ainda, por desconfiança de que a proposta não possa resolver problemas mais objetivos, ou que possa tornar-se um meio de invasão de espaços privados.

Também se fizeram presentes algumas resistências, quando interrogados acerca da assistência integral, em função de uma experiência negativa vivenciada anteriormente, apesar de ter sido apontado por alguns como uma possibilidade de melhorar a assistência.

Eles têm muita resistência a mudanças. Que eu sei, eles estão nesta forma de trabalho há quase 3 anos. Tem funcionários novos que entraram, de uns três anos para cá, eles já se habituaram a este tipo de trabalho (TS 6).

Melo (2000, p. 168) refere que

a individualidade produz sujeitos que são aparentemente capazes de ação autônomas, mas que são também intensamente vulneráveis porque são mantidos (e se mantêm), individualmente responsáveis pelas suas ações. Isto o leva a procurar segurança naquilo que lhe é familiar e a voltar-se para o passado.

Os trabalhadores, muitas vezes, apresentam-se resistentes às mudanças, como por exemplo, os trabalhadores da instituição pública, que negam a possibilidade da assistência integral, talvez como uma estratégia defensiva, ou mesmo como uma forma de acomodar-se. Também apresentaram resistências quando da implantação do programa “Cuidando da família do Hospital”, que foi idealizado pela gerência de enfermagem, visando minimizar o processo de desgaste dos trabalhadores, por meio de técnicas motivacionais.

Há que se ter em conta, que os trabalhadores, muitas vezes, sentem-se ameaçados com mudanças, há receios que se manifestam, os quais nem sempre são entendidos por aqueles que

idealizam os programas. Há também algumas empresas que utilizam programas pautados em técnicas motivacionais, expropriando mais ainda o trabalhador, para que venham a “vestir a camisa da instituição”, no sentido de produzir cada vez mais. Os programas de qualidade total utilizam muito destas estratégias, embora haja várias críticas neste sentido (Codo, 2000; Chanlat, 2000).

Porém, mais que resistências, alternativas foram apontadas pelos trabalhadores, mesmo que ainda timidamente. Tomando por base estas alternativas e o que refere a literatura, principalmente na área de saúde coletiva (MERHY, 1997; CAMPOS, 1997; CECÍLIO, 1997 a, 1997 b, 1997 c, 1999, 2000; SÁ, 2001) acerca dos modelos de gestão e propostas de reorganização do setor, e inspirada em Merhy (1997), me aventuro a ilustrar (Figura 1) o que entendo seria um modelo de gestão democrático, que permita aos trabalhadores serem sujeitos ativos, criativos, reflexivos e participantes do processo de trabalho, não meros executores de ações delegadas. Saliento, ainda, que alguns dos pontos encontrados neste estudo referendam o que Matos (2002) apontou como indicativo para uma nova organização institucional da enfermagem, sendo que este referencial também serviu de base para compor o modelo apresentado.

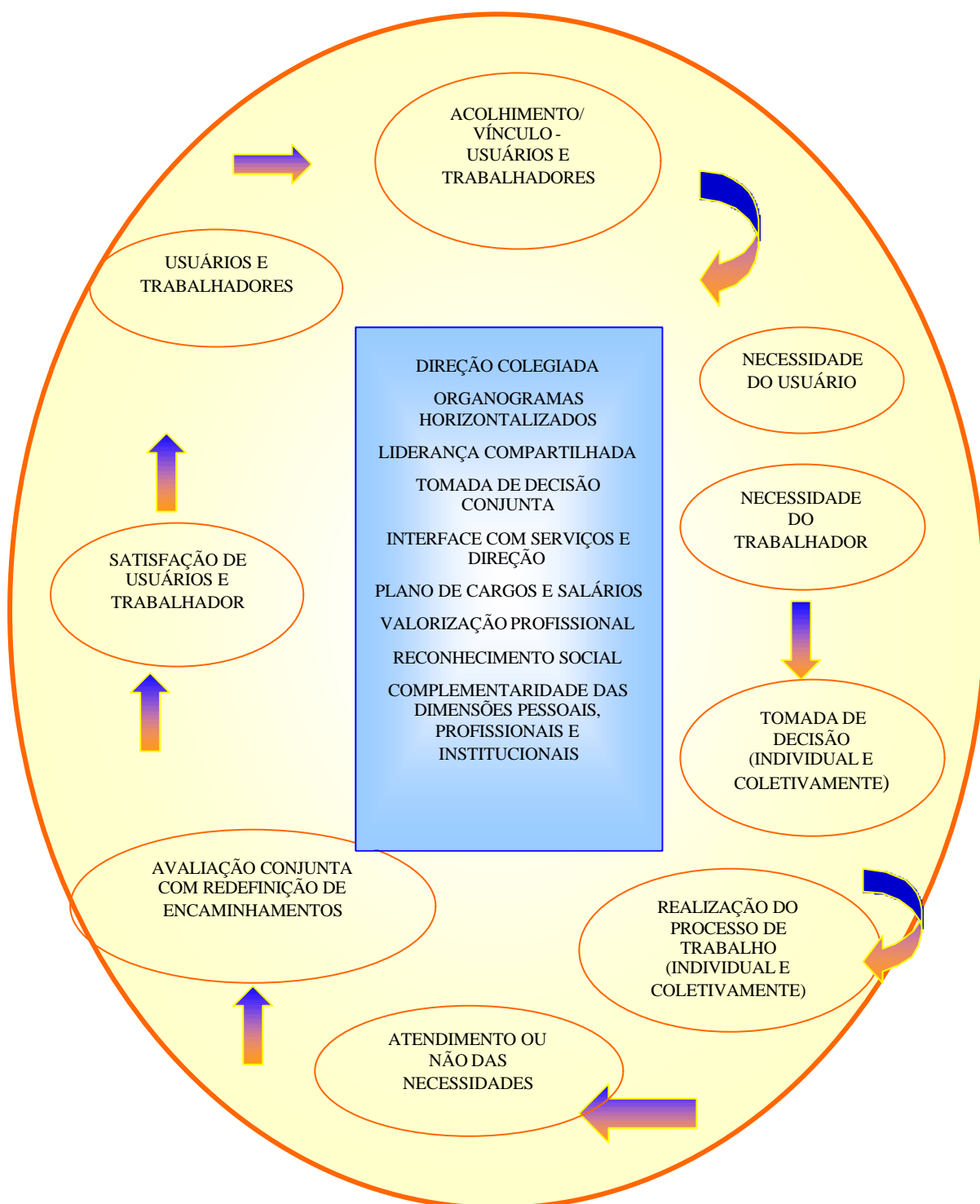


Figura 1 – Representação gráfica do modelo de organização da assistência.

Esta ilustração refere-se a um cenário dado – uma unidade de internação (por exemplo), que está inserida num contexto institucional, que tem missão e objetivos definidos (coletivamente), cuja referência seja o cidadão e suas necessidades. Enquanto parte da instituição, a unidade está sujeita, portanto, a regras, normas, rotinas que devem ser discutidas

amplamente, adotadas para o conjunto de trabalhadores, podendo ter normas e rotinas próprias, adequadas à missão institucional, respeitando o princípio de autonomia.

Neste cenário, estão presentes diferentes atores – usuários e trabalhadores de saúde (entre os quais os de enfermagem), sendo que os usuários têm necessidades específicas que definirão o processo de trabalho a ser realizado. Há, também, necessidades dos próprios trabalhadores (reconhecimento e satisfação com o trabalho, autonomia, criatividade) que devem ser consideradas. Tanto usuários, como trabalhadores, devem ser acolhidos enquanto sujeitos, cidadãos, buscando-se no estabelecimento de vínculos, por meio do respeito, do compromisso e da autonomia, em que se considere a inclusão da pessoa e também o seu ajustamento e os conflitos decorrentes das diferenças subjetivas postas em contato.

Frente às necessidades dos usuários (sem desconsiderar a dos trabalhadores), estabelecem-se conjuntamente as decisões, a forma de atuação, quem atua, quem será responsável pela assistência (respeitando os preceitos de integralidade e os limites a ela), com responsabilidades compartilhadas entre diferentes trabalhadores da área da saúde. Estabelece-se uma relação de confiança, tendo cada trabalhador certa autonomia na tomada de decisão, utilizando para tal sua competência técnica e sua habilidade relacional, num permanente processo criativo.

Salienta-se a importância do processo de planejamento, que não tem sido valorizado pelos enfermeiros como instrumento de trabalho, que pode permitir não só a sua racionalização, mas também a interação dos trabalhadores, se for algo compartilhado. Neste sentido, concordo com Sá (2001, p. 156), quando afirma, baseada em Matus, que *o planejamento não é só ciência e técnica, é também arte: a arte de governar em situações de poder compartilhado*.

A avaliação conjunta acerca da resolução das necessidades deve ser, portanto, compartilhada, permitindo a reorientação de condutas, quando necessário. Busca-se, com isto, tanto a satisfação dos usuários, quanto dos trabalhadores, num processo permeado por algumas características, ou seja, por:

- direção colegiada, com organogramas horizontalizados,
- definição de missão e objetivos coletivamente,
- liderança compartilhada, diluindo de certa maneira o poder,
- tomada de decisão conjunta,
- interface dos serviços,

- interface com a direção,
- estabelecimento de plano de cargos e salários,
- valorização profissional,
- reconhecimento social do trabalho,
- complementaridade das dimensões pessoais, profissionais e institucionais.

Vale ressaltar que estes indicativos podem possibilitar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde (tanto dos trabalhadores, quanto dos usuários), sendo esta uma condição fundamental, tanto para a governabilidade das organizações, quanto para a construção de projetos coletivos e solidários (SÁ, 2001).

É no sentido de valorização efetiva dos sujeitos e dos processos intersubjetivos no interior das organizações, visando a criatividade, a autonomia, a afetividade, que penso que este modelo possa contribuir, alterando, principalmente, as relações que ocorrem no processo de organização do trabalho, sem destituir a disciplina, a ordem, as normas, tal como apontaram os próprios trabalhadores, mas possibilitando a sua participação efetiva como sujeitos ativos da instituição.

Trata-se, efetivamente, da proposição de uma lógica democratizante, circular e motivacional, com o objetivo de fortalecer vínculos satisfatórios entre os trabalhadores e destes com o trabalho, na perspectiva de promover a reestruturação interna da produção da assistência, sem perder de vista sua imersão na rede mais geral da produção social.

Desde o ponto de vista da filosofia do materialismo histórico e dialético, não há propriamente mudança social sem mudança subjetiva e vice-versa. E não seria próprio pensar que há somente um modo, linear e contingente, para produzir-se tal mudança.

Assim, propor transformações a partir do micro espaço institucional é antes de tudo, responder e resistir à imposição da reprodução de processos desumanos de organização do trabalho e dos trabalhadores, que são impelidos a suspender sua subjetividade e a aderir a uma impessoalidade constrangedora, quase robotizados na rotina diária.

A Figura 1, representa, portanto, uma proposta de modelo de organização democrático, encaminhando um ir e vir constante em todo o processo, como uma rede na qual se entrelaçam relações de diversas ordens, ações em diversos âmbitos, conceitos e operações. Estruturalmente se constitui num caminho lógico e operacional, ou seja, num método para produzir a assistência de enfermagem, de forma contextualizada, em que, basicamente, se

promove uma nova organização relacional, sem negar a necessidade de avaliação contínua dos resultados.

Algo novo? Não, nada de muito novo, mas se tem constituído num desafio colocar em prática um modelo desta natureza, e penso que, muito mais por resistência dos próprios enfermeiros, que têm medo de “perder” poder, ao compartilhá-lo. Esquecem, no entanto, que compartilhar significa partilhar, participar, compartilhar (FERREIRA, 1997), ou seja, somar mais que dividir. Portanto, mudanças se fazem necessárias, no sentido de minimizar o processo de desgaste do trabalhador, o que, inclusive, foi definido pelos trabalhadores de enfermagem. Tem-se, agora, que partir do desejo para a ação.

Para finalizar esta categoria analítica, trago de Assmann e Sung (2000, p. 103) o pensamento que acredito sintetize o que representa esta categoria. Dizem estes autores que

a esperança humana, da qual estamos falando, é um horizonte de futuro tecido com desejo. Não é o desejo de um único indivíduo, nem o desejo de subir “na escada do sucesso” segundo os parâmetros da eficiência do mercado regendo todos os aspectos da nossa vida, mas o desejo do reconhecimento mútuo e respeitoso entre pessoas e grupos sociais, o desejo de uma vida mais digna e prazerosa para todos/as. O desejo de um mundo onde caibam muitos e muitos mundos.

7 COMPLEXIDADE DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: À GUIA DE CONCLUSÃO

Pensar na organização do trabalho e na forma como esta tem interferido no processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem não foi tarefa fácil. Muitas vezes os caminhos pareciam truncados, os dados entrelaçavam-se, formando-se uma rede, tal a complexidade que envolve o processo de organização do trabalho, ora estendendo-se para a organização da própria sociedade, ora enraizando-se nas relações interpessoais.

Os estudos acerca da relação saúde e trabalho apontam, de uma maneira geral, a organização como um dos fatores que tem interferido neste processo de desgaste, porém mais que uma generalidade, há a necessidade de se conhecer as especificidades, em termos do quê nesta organização efetivamente tem levado a esse processo de desgaste.

Esta necessidade está relacionada ao próprio método dialético, em que *o concreto é concreto, porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso* (MARX, 1988, p. 63). Se este concreto é a síntese de muitas determinações e, é o concreto pensado, foi preciso analisar a organização, em tais condições, a partir de sua complexidade. A trama de relações entre as diferentes determinações já estava posta, era preciso entendê-la.

As determinações que se apresentavam, em função da complexidade que envolve a organização do trabalho, formaram o ponto de referência para entender este concreto, a partir de categorias ao mesmo tempo previstas e originárias dos dados, ou seja, os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais.

De certa forma, estes aspectos relacionados à organização do trabalho já têm sido apontados, genericamente, mas precisavam ser especificados em sua intersecção com o trabalho da enfermagem, pois o todo tem relação com as partes e vice-versa. Estes aspectos –

estruturais, organizacionais e relacionais - formaram a primeira parte da dupla triangulação estabelecida para chegar aos dados, para obter a síntese do concreto pensado, ou seja, foi uma triangulação teórica.

Num sentido mais estrito, o cruzamento teórico-metodológico foi decorrência da sistemática da pesquisa, na medida em que os dados foram se avolumando e formando um corpo.

A triangulação da coleta de dados formou a segunda parte desta dupla triangulação, o que possibilitou cercar o objeto em todos os sentidos, qual seja, a observação, as entrevistas e a literatura (incluindo a análise documental).

Esta dupla triangulação não foi prevista no início deste estudo, sendo que, a partir de como os dados empíricos foram sendo construídos, inicialmente com as observações, que aos poucos fui cruzando com as entrevistas e a literatura, houve necessidade de transpor o cruzamento metodológico previsto, ampliando-o com o cruzamento teórico, de modo a permitir uma maior aproximação ao objeto de estudo.

Esta dupla triangulação permitiu articular os diversos saberes – empíricos e científicos, pois como bem lembra Foucault (1987, p. 10-11)

os códigos fundamentais de uma cultura – aqueles que regem sua linguagem, seus esquemas perceptivos, suas trocas, suas técnicas, seus valores, a hierarquia de suas práticas – fixam logo de entrada, para cada homem, as ordens empíricas com as quais terá de lidar e nas quais se há de encontrar. Na outra extremidade do pensamento, teorias científicas ou interpretações de filósofos explicam por que há em geral uma ordem, a que lei geral obedece, que princípio pode justificá-la, porque razão é esta a ordem estabelecida e não outra. [...] entre o olhar já codificado e o conhecimento reflexivo, há uma região mediana que libera a ordem no seu ser mesmo: é aí que ela aparece, segundo as culturas e segundo as épocas, contínua e graduada ou fracionada e descontínua, ligada ao espaço ou constituída a cada instante pelo impulso do tempo, semelhante a um quadro de variáveis ou definida por sistemas separados de coerências, composta de semelhanças que se aproximam sucessivamente ou se espelham mutuamente, organizada em torno de diferenças crescentes, etc.

Assim, foi preciso articular o que falavam os sujeitos trabalhadores, o que observava, o que diziam os teóricos, aos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais apontados, para entender a ordem posta em relação à organização do trabalho, a este tempo, mas também historicamente. A complexidade da organização do trabalho ocorre, portanto, devido ao fato de que encerra diferentes aspectos estruturais, organizacionais e relacionais que lhe são determinantes, que compõem suas interfaces, articulando-os à forma como se mostram aos trabalhadores, na literatura e na prática, decodificadas na sua linguagem, definindo de

imediato suas formas de apreensão do concreto, e, mais adiante, fazendo aparecer a essência desse concreto, quando relacionado ao desenvolvimento da conjuntura particular de seu modo de fazer, como uma evidente reprodução de certas características gerais do processo de produção. Esta dupla triangulação é representada na Figura 2.

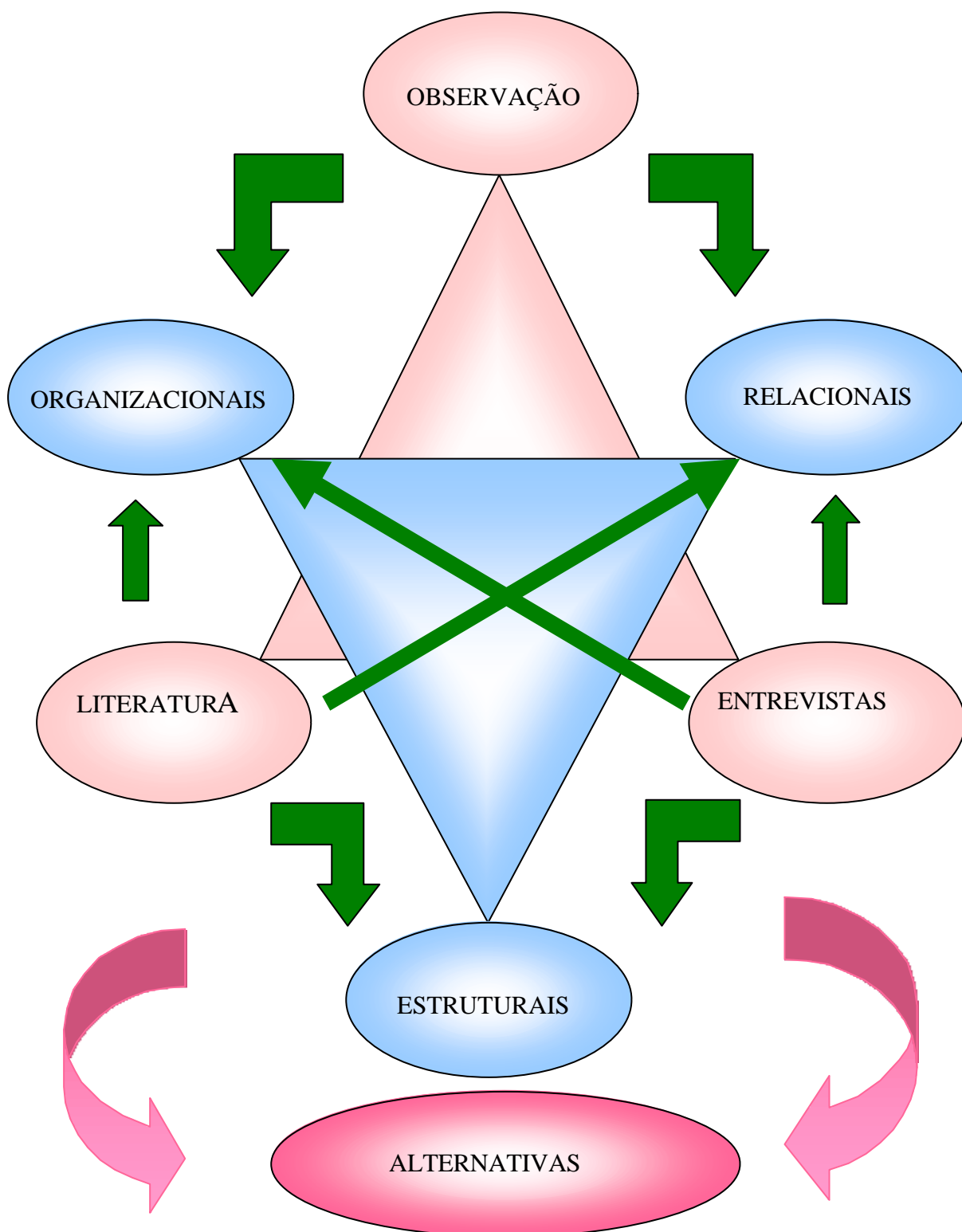


Figura 2: Representação gráfica da triangulação teórico-metodológica.

Esta articulação fica evidente, quando, por exemplo, aponto como um dos fatores de desgaste as condições de trabalho precárias. Mas estas condições de trabalho, que estão relacionadas à forma como a instituição se organiza, e que interferem, inclusive, nesta organização, no fazer, na resolução dos problemas, é decorrente da política econômica, que tem gerado o sucateamento do setor saúde, estabelecendo a interface entre os aspectos estruturais e organizacionais.

Outra articulação que se pode usar para exemplificar as interfaces destes diferentes aspectos, está relacionada ao papel desempenhado pelos enfermeiros, que se utilizam muitas vezes de perspectivas domésticas para aplacar os conflitos, não os enfrentando, desempenhando o papel que a instituição espera, ou seja, tem-se os aspectos estrutural e organizacional repercutindo no relacional. Outros exemplos, a partir das falas e das observações, poderiam ser aqui mencionados, mas acredito que os próprios dados apresentados são suficientes para que se estabeleçam as inter-relações entre os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, representando a complexidade que envolve a reflexão sobre a organização do trabalho.

Estas questões vêm se transformando ao longo dos anos, na enfermagem, sem contudo, a profissão ter superado aspectos como a divisão social do trabalho, o trabalho parcelar e fragmentado, a rotinização, as formas de controle excessivas, o papel de destaque das gerências e o próprio modelo de organização do trabalho, ainda baseado nos pressupostos da organização científica do trabalho, o que pode ser visualizado nas duas instituições estudadas. Este modelo tem se pautado nas políticas de saúde, que ainda conservam a centralização das decisões, a pouca autonomia dos trabalhadores nas tomadas de decisão, bem como a participação dos usuários, que ainda é incipiente.

No entanto, há um movimento, e este movimento deve ser compreendido, pois, como lembra Foucault (1987, p. 330), o homem é um ser finito e é preciso encarar esta finitude no processo de conhecimento. Para este autor,

à experiência do homem é dado um corpo que é seu corpo – fragmento de espaço ambíguo, cuja espacialidade própria e irredutível se articula contudo com o espaço das coisas; a essa mesma experiência é dado o desejo, como apetite primordial a partir do qual todas as coisas adquirem valor e valor relativo; a essa mesma experiência é dada uma linguagem em cujo fio todos os discursos de todos os tempos, todas as sucessões e todas as simultaneidades podem ser franqueadas. Isto quer dizer que cada uma dessas formas positivas, em que o homem pode aprender que é finito, só lhe é dada com base na sua própria finitude.

É sobre este corpo e é sobre este homem, que trabalha, que vive do trabalho, que se desgasta nele, mas que também tem no trabalho fonte de prazer, de alegria, é sobre este homem que tem uma finitude, que a organização do trabalho, em suas determinações, vai imprimindo seu ritmo, interferindo, para mais ou para menos, no seu processo de desgaste e na construção de sua subjetividade.

Mais que um exercício, portanto, esta dupla triangulação permitiu chegar a algumas conclusões, confirmando a tese deste estudo, de que os aspectos estruturais, embora sejam diretamente responsáveis pela precarização da vida, de um modo geral, aparecem menos nos discursos dos trabalhadores que os aspectos organizacionais e relacionais, como determinante do processo de desgaste físico e psíquico no desenvolvimento da enfermagem hospitalar.

De fato, os aspectos estruturais nem sempre apareceram para os trabalhadores de forma clara, muitas vezes apresentando-se atenuados, como se o trabalhador os colocasse como algo externo ao trabalho cotidiano. Considerando a triangulação metodológica, os aspectos estruturais aparecem principalmente na literatura, geralmente a referente às políticas de saúde, e, de forma subliminar, nas entrevistas dos trabalhadores. Na observação, foi possível inferir alguma relação da essência e forma do trabalho com os aspectos estruturais, mas não propriamente pelo fazer dos trabalhadores.

Vale destacar que os aspectos estruturais interferem, principalmente, no desgaste psíquico do trabalhador, decorrente da sensação de impotência, sendo o desgaste físico relacionado à sobrecarga de trabalho gerada pelo duplo vínculo.

Há que se ressaltar a importância dos aspectos estruturais na forma e no conteúdo do trabalho, ainda que os trabalhadores não tenham consciência plena desta questão, tanto que foram estes os aspectos menos salientados, inclusive no que se refere às alternativas propostas.

Esta certa “alienação” em relação aos aspectos estruturais não é algo fora do mundo do trabalho, fora do cotidiano, é intrínseco a este, faz parte da sociedade e do modo como esta se organiza e expropria o trabalhador. Neste sentido, há necessidade de uma articulação profissional e política dos trabalhadores, visando o enfrentamento dos aspectos estruturais que estão presentes no cotidiano de trabalho e no discurso dos dirigentes das entidades profissionais, mas que ainda não estão visíveis suficientemente aos trabalhadores de enfermagem.

Foram os aspectos organizacionais que mais se destacaram, tanto nas falas, como na observação e literatura, apontando o significado que têm na relação trabalho e saúde, interferindo no desgaste físico e psíquico dos trabalhadores. Porém, nos dados, há indicações fortes de que mudar a forma de organização não é suficiente, se não houver condições de trabalho (em relação a pessoal, material e infra-estrutura) adequadas para tal mudança.

Foi visível também que é preciso capacitar os trabalhadores, e que mudanças são possíveis, desde que acompanhadas por um processo de reflexão conjunta, no sentido de definição dos caminhos. No entanto, não é capacitá-los para a docilidade, para o servir, como parece ocorrer na instituição privada, mas é capacitá-los para definir seus caminhos, para a autonomia, para a participação, pois o trabalhador, para se comprometer efetivamente com a instituição, precisa fazer parte dela, não da forma como preconiza a qualidade total – “o vestir a camisa”, anulando-se individualmente, mas manifestando seus desejos, preocupações, anseios, como ator no processo de trabalho.

Vale lembrar que pequenas mudanças podem repercutir no todo, tanto que a própria dialética aponta a relação das partes com o todo, e vice-versa. Desta forma, porque não começar, mesmo que seja devagar, parte por parte, num serviço, numa unidade, num turno, onde a enfermagem tenha efetiva governabilidade. Estas pequenas mudanças podem, sim, interferir em mudanças no âmbito institucional, o que também pode ampliar o espaço de governabilidade da própria enfermagem.

Destaca-se ainda o papel dos órgãos formadores, que devem buscar refletir as questões do trabalho, as implicações deste no processo de desgaste dos trabalhadores. Os currículos dos cursos de enfermagem, tanto no que se refere ao nível médio quanto à graduação, têm dado pouca atenção aos aspectos relacionados à saúde do trabalhador. Existem algumas iniciativas isoladas, porém esta temática ainda não tem sido focalizada de forma mais abrangente.

Há que se salientar ainda que as instituições formadoras, ao abordar tal temática, poderiam estar abrindo espaço para que a enfermagem buscasse formas alternativas de organização do trabalho, com maior participação e autonomia, exercendo um papel mais ativo na tomada de decisão nas próprias instituições de saúde. Tal como abordamos anteriormente, existem espaços que não tem sido ocupados, há possibilidades de alteração de aspectos organizacionais e relacionais e cabe aos órgãos formadores também contribuir no fornecimento de ferramentas necessárias à implementação de modelos de organização mais democráticos.

Tanto na essência, quanto na aparência do trabalho, há ainda uma preocupação excessiva dos trabalhadores com o fazer, como se este fazer fosse algo mecânico, evidenciando um esvaziamento do trabalho em decorrência da falta de oportunidades para reflexão, implicando na práxis reiterativa do trabalho específico desenvolvido pelos trabalhadores de enfermagem. Isto porque os trabalhadores ainda são muito cobrados pelo quanto fazem, mas não pelo como fazem, porque fazem, tornando-se o trabalho algo rotineiro.

Além disto, no trabalho da enfermagem, a necessidade é externa ao trabalhador, é a necessidade do sujeito do cuidado que se apresenta, sendo difícil para o trabalhador, muitas vezes, perceber que a satisfação deste sujeito se dá pelo seu trabalho. Porém, se o trabalhador organiza seu trabalho, dando-se conta da necessidade do sujeito do cuidado e de como pode satisfazer esta necessidade, então ele terá noção da consequência de seu trabalho. Assim, este agir mecânico, alienado, passa a ser algo consciente, principalmente quando passa a organizar o seu trabalho, vinculando-o à necessidade do sujeito do cuidado. O trabalho passa a ter um outro sentido, um outro valor, e o trabalhador passa a ter mais autonomia e responsabilidade sobre o seu trabalho, uma responsabilidade ética e legal.

Neste sentido, o processo de planejamento, o estabelecimento de prioridades, que é realizado tanto pelos enfermeiros quanto pelos trabalhadores de nível médio, e que não é identificado como algo importante, como uma lógica que pode minimizar o processo de desgaste, é um dos caminhos a ser considerado quanto à organização do trabalho. Mas um planejamento pautado numa filosofia de trabalho e não apenas em padrões meramente técnicos e operacionais, e que seja definido coletivamente, considerando o saber dos trabalhadores, visando um trabalho coletivo, com relações mais horizontais. Desta forma, os aspectos organizacionais se entrelaçam com os relacionais, presentes tanto no discurso dos trabalhadores, quanto na observação e na literatura.

Os aspectos relacionais envolveram não apenas a equipe de enfermagem, mas a equipe multiprofissional, os usuários e a relação com os próprios familiares. As relações determinam, principalmente, um desgaste psíquico nos trabalhadores, decorrente dos conflitos, das emoções, dos sentimentos que envolvem as relações interpessoais, implicando em situações de sofrimento ético. Como querer cuidar bem do outro, sem condições para tal?

Nos aspectos relacionais destaca-se a inter-relação da equipe de enfermagem com os usuários, pois um novo modo de organizar o trabalho deve prever a integralidade do sujeito do cuidado, bem como do sujeito que cuida. Não há como compartimentar as pessoas, como

se a perna não tivesse relação com a cabeça, com o coração, com os sentimentos, como se tudo pudesse ser separado, fragmentado, seguindo o modelo proposto pela ciência moderna, como se sempre se pudesse ter uma ação para cada reação, como se tudo tivesse um contraponto linear, como homem – mulher, sadio – doente, velho – moço, claro – escuro, bonito – feio, emoção – razão, empírico – científico, entre tantos outros, como se não pudessem ser articuladas as suas interfaces, num permanente trânsito entre diferentes aspectos da vida real. Cada aspecto desta vida porta sua natureza, atualizada indefinidamente, por seu caráter não estático, mas isto não significa uma incomensurabilidade plena de seus elementos. Ao contrário, antecipa-se o caráter do desenvolvimento de um dos elementos, em uma dada situação, e que se reflete, seguramente, nos outros, em densidades e extensões diversas, a depender de outras condições presentes.

Destaca-se, ainda, nos aspectos relacionais, a necessidade de repensar as formas de poder, melhor dizendo, de diluição deste poder, com relações mais harmônicas entre os trabalhadores entre si, enquanto equipe de enfermagem, com outros profissionais, com o próprio usuário.

Desta forma, pensar num modelo de organização que minimize o processo de desgaste, implica em pensar, como já apontado anteriormente, num modelo participativo e democrático, pois democracia significa divisão de poderes e controle da autoridade, ou seja, pressupõe alterar as relações de poder, permitindo liberdade de expressão, compartilhando saberes e fazeres, sem que signifique ausência de disciplina e hierarquia.

Acredito que, com este estudo, pude alcançar os objetivos propostos, determinando, a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem, do que traz a literatura e da minha própria percepção, o quê, na organização do trabalho da enfermagem, tem sido determinante do processo de desgaste dos trabalhadores que atuam na enfermagem em nível hospitalar, bem como refletir sobre estratégias de re-organização do trabalho, no sentido de minimizar o desgaste físico e psíquico dos trabalhadores.

Os achados deste estudo foram submetidos aos trabalhadores das instituições estudadas, num processo de discussão, visando a sua validação. Neste processo de validação, o estudo foi apresentado aos trabalhadores das instituições, de uma forma geral, não se restringindo aos sujeitos da pesquisa. Após a apresentação e discussão do mesmo, solicitei que os trabalhadores me dessem um retorno por escrito, por meio de “bilhetinhos”, na instituição privada, e por meio da expressão oral, na instituição pública, nos quais os trabalhadores

expressaram a relevância do estudo, bem como a pertinência e veracidade das análises. Registro aqui algumas destas colocações.

Acho que o trabalho descreveu bem a realidade desta instituição, vejo isso como um ponto positivo para que mudanças ocorram, pois estas colocações vieram de alguém de fora da instituição, o que para a gente muitas vezes fica difícil (I.Pr)⁸.

Acho que este tipo de avaliação é muito boa, pois a instituição pode ver as necessidades de seus funcionários (I. Pr.).

Acho importante que alguém esteja se importando com o serviço dos trabalhadores de enfermagem. Meus parabéns (I. Pr.).

Que bom que tem pessoas como você que pensam na enfermagem e se preocupam com a profissão. Parabéns (I.Pu).

Puxa! É isto mesmo que ocorre aqui, são estas as nossas dificuldades (I.Pu).

De uma forma geral, os aspectos estruturais (principalmente jornada de trabalho, remuneração, dupla jornada), além dos organizacionais (como divisão do trabalho, papel do enfermeiro, rotatividade, condições de trabalho, formas de controle, modelo assistencial) já foram discutidos em alguns estudos, mesmo que não de forma articulada, apresentados mais pontualmente. No entanto, observei uma lacuna no que se refere aos aspectos relacionais, pois os conflitos na equipe sempre foram tratados a partir da divisão do trabalho, sendo que a maioria não considera o sujeito em sua multidimensionalidade, sujeito que busca autonomia, ainda que seja uma autonomia relativa, já que o trabalho na saúde é complementar, bem como a própria relação com os usuários. Refletir acerca da interface dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, ressaltando a importância dos aspectos relacionais como inerentes à organização do trabalho, significa dar um salto de qualidade aos estudos que tratam da organização do trabalho da enfermagem.

Assim, um novo modo de organizar o trabalho implica, portanto, em visibilizar e alterar os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, que estão imbricados na complexidade do processo de organização do trabalho. Neste sentido, um modelo de organização democrático, que considere os aspectos inerentes à complexidade da organização do trabalho, deve levar em conta a valorização e reconhecimento profissional; política de pessoal (que atualmente tem sido considerada numericamente, sem ter em conta a complexidade do trabalho, a demanda, a divisão do trabalho por turnos), a política salarial, a divisão do trabalho, considerando saberes e fazeres, a interface dos diversos trabalhos que compõe o

⁸ I. Pr. – refere-se aos depoimentos dos trabalhadores da instituição privada e I. Pu. – refere-se aos depoimentos dos trabalhadores da instituição pública.

fazer da enfermagem (nos diferentes níveis de formação), minimizando a lacuna entre o fazer do enfermeiro e dos demais trabalhadores de enfermagem, um modelo assistencial que vise a integralidade do sujeito do cuidado e do sujeito que cuida, a participação dos trabalhadores na tomada de decisão, o acolhimento, tanto de usuários quanto de trabalhadores, relações mais harmônicas e horizontalizadas, reconhecimento da autonomia do trabalhador.

Vale ressaltar que as estratégias de re-organização do trabalho indicadas podem minimizar o desgaste dos trabalhadores, já que todo trabalho sempre determinará um processo de desgaste. Eliminar o desgaste não significa, porém, eliminar o trabalho, pois não entendo ser possível um mundo sem trabalho, um mundo de contemplação, uma classe que não mais viverá do trabalho, porque seria esvaziar o espírito humano em sua busca evolutiva.

Eliminar o trabalho ainda não podemos, pelo menos nos dias de hoje, mas, podemos sim, torná-lo algo mais prazeroso, possibilitando ao trabalhador sentir-se sujeito de sua ação, realizar um trabalho mais inteiro, em que compartilhar, dividir, libertar, participar sejam verbos de ação, em que os trabalhadores possam manifestar-se enquanto sujeitos ativos, criativos, propositivos, como sujeitos determinantes da sua história. O caminho a trilhar é longo, mas não é impossível, e os trabalhadores, sujeitos desta pesquisa, contribuíram efetivamente no sentido de indicar várias direções possíveis.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. **Informativo ABEn**. Brasília, v. 43, n. 4, dezembro de 2001.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan S. Yaslle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, Delvair de Brito. **Mercado e condições de trabalho**. Salvador: Central, 1987, 108 p.

_____. **Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem**: uma contribuição aos estudos sobre a força de trabalho feminina. São Cristóvão: Ed. UFS, 2000. 284 p.

ANDRADE, Carlos Drummond. **Antologia poética**. 9. ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1976.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Ed. da Universidade Estadual de Campinas, 1995. 155 p.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4. ed. São Paulo: Boitempo, 2001. 258 p.

ASSMANN, Hugo; SUNG, Jung Mo. **Competência e sensibilidade solidária**: educar para a esperança. Petrópolis: Vozes, 2000. 331 p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6, nº 1, p. 63-72, 2001.

BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. Florianópolis: UFSC. 2001. 199 p. (Série Teses em Enfermagem)

BELLATO, Rosenev; CARVALHO, Emília Campos de. O cotidiano do hospital ou “para uma ordem confusional”. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, n. 1, p. 7-18, jan/mar., 1998

BELLATO, Roseney; PASTI, Maria José; TAKEDA, Elizabete. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n.1, p. 75-81, jan. 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. 4. ed. São Paulo: Rideel, 1999. (Coleções de Leis Rideel. Série Compacta)

BRASIL. Emenda Constitucional nº 34. **Diário Oficial da União**. Brasília, dezembro de 2001.

CAMACHO, Joel da Silva. **O materialismo dialético: leis e categorias**. São Bernardo do Campo: Instituto Metodista de Ensino Superior/Mestrado em Administração, 1983. (Trabalho não publicado).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. . In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 4, p. 863-870, out-dez, 1998.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da Enfermagem**. Pelotas: UFPEL/Florianópolis: UFSC, 1998.

CAPELLA, Beatriz; GELBCKE, Francine Lima. Enfermagem – sua prática e organização. **R. Bras. Enferm**. Brasília, v. 41, nº 2, p. 132-139. abr./jun. 1988.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 2 ed. Porto: Afrontamento. 1993. 295 p.

CARVALHO NETO, Antonio. **Relações de trabalho e negociação coletiva na virada do milênio: estudo em quatro setores dinâmicos da economia brasileira**. São Paulo: Vozes: IRT, PUC Minas, 2001. 308 p.

CASTRILLÓN, María Consuelo. **La dimensión social de la práctica de la enfermería**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1997. 128 p.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996.

CECÍLIO, Luiz Carlos. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 373-385

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997 b. p. 293-319.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. v. 13, nº 3, 1997 c. p. 469-478.

_____. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, 1999, p. 315-329.

_____. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, nº 1, out/dez. 2000, p. 973-983.

CHANLAT, Jean-François. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João (orgs.) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. São Paulo: Makron Books, 1999 a. 710 p.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999 b. 920 p.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 920 p.

CODO, Wanderley. Qualidade, participação e saúde mental: muitos impasses e algumas saídas para o trabalho no final do século. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João (orgs.) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 129-157.

COELHO, Leda *et al.* **Manual do Serviço de Enfermagem**. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 1998. mimeo.

COHN, Amélia. Permanência e reestruturação das políticas sociais nos anos 90. In: **Observatório da Cidadania**, 98. Disponível na internet: <<http://www.ibase.br>>. Acesso em: 05 nov. 2001.

COHN, Amélia; MARSIGLIA, Regina G. Processo e Organização do Trabalho. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (orgs.) **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 56-75.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Enfermagem permite conciliar dois empregos**. <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 14 maio 2002.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, nº 2, 2001. p. 319-328.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN-SC. **Informativo do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina**. Florianópolis, nº 12, dezembro de 2001.

CORRÊA, Adriana *et al.* A reforma do setor da saúde e as transformações da prática de enfermagem em hospitais filantrópicos no Município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 8, nº 3, 2000. p. 202-208.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 14, n.54, p. 7-11, abr/maio/jun. 1986.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. Trad. Maria Irene S. Betiol *et al.* **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.21-32.

_____. A banalização da injustiça social. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. 160 p.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Trad. Maria Irene S. Betiol. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, mai/jun. 1993.

DEJOURS, Christophe; JAYET, Christian. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. Trad. Maria Irene S. Betiol *et al.* **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-118.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicologia do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. Trad. Maria Irene S. Betiol *et al.* **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-141.

DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P., ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (orgs). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.56-75.

DÍAZ, Gabriel Guijarro. **La concepción del hombre en Marx**. Salamanca: Sígueme, 1975.

DWYER, Tom. Uma concepção sociológica dos acidentes de trabalho. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 22, n. 81, p. 15-19, jan/fev/mar, 1994.

ELIAS, Paulo, Eduardo M. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

ENRIQUEZ, Eugène. Vida Psíquica e organização. In: MOTTA, Fernando C. Prestes; FREITAS, Maria Éster de (org.). **Vida psíquica e organização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 11-40.

FACHINI, Luis Augusto. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P., ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (orgs). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.178-186.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORRESTER, Viviane. Trad. Álvaro Lorencini. **O horror econômico.** São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1997. 154 p.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 407 p.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, nº 2, abr. jun, 1999, p. 345-353.

FREITAS, Maria Ester de. Contexto social e imaginário organizacional moderno. **RAE – Revista de Administração de Empresas.** São Paulo: EAESP/FVG, v. 40, n. 2, p. 6-15, abr/jun 2000.

GELBCKE, Francine Lima. **Processo saúde-doença e processo de trabalho:** a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNI-RIO, Rio de Janeiro, 1991.

_____. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara I.; CORNETA, Vitória Kedy (org.) **Saúde, desenvolvimento e globalização:** um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002. p. 199-233.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1984.

GIANOTTI, José Arthur. **Origens da dialética do trabalho.** Estudo sobre a lógica do jovem Marx. Porto Alegre: L&PM Editores, 1985.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Sufrimento na práxis da enfermagem:** real ou imaginário? 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GUIMARÃES, Valeska Nahas. **Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial:** estudo comparativo de casos na indústria mecânica de Santa Catarina. 1995. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

HAGUETE, M. F. T. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes. 1987.

KIRCHOFF, Ana Lúcia. **Tendências temáticas sobre a relação trabalho e saúde: a contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros (1990-1994).** 1997. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTERT, Liana. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-144, jul., 1997.

LANGE, Ilta *et al.* **La práctica de enfermería en América Latina.** Documento preparado para la Reunión Internacional Kellogg/OPS “Impacto de Enfermería en la salud de América Latina y el Caribe”. Belo Horizonte, 2000.

LEITE, Edimar; FERREIRA, Luiz Carlos. **Relatório diagnóstico e mobilização dos enfermeiros: programa vivendo e trabalhando melhor.** Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1996. Digitado.

_____. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem: programa vivendo e trabalhando melhor.** Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997 a. Digitado.

_____. **O processo evolutivo das relações grupais: referências teóricas e conceituais.** Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997 b. Digitado.

_____. **Método de dinamização de grupos para o desenvolvimento interpessoal e de equipe.** Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998 a. Digitado.

_____. **Treinamento do papel gerencial.** Relatório de acompanhamento evolutivo. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998 b. Digitado.

_____. **Reflexões sobre o método vivencial de diagnóstico e intervenção institucional.** Brasília, 2001. Digitado.

LEITE, Francisco Tarcisio. (coord.) **Por uma teoria da gestão participativa: novo paradigma de administração para o século XXI.** Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2000b, 310p.

LEITE, José Eduardo Teixeira. “Nós quem, cara pálida”?: a razão depois de Taylor. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João (orgs.) **Recursos humanos e subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 2000a.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Método de assistência de enfermagem – análise da utilização do instrumento no processo de trabalho.** 1991. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

_____. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1994 a.

_____. **Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador omnilateral.** UFSC, 1994 b. (texto mimeo).

_____. O método como objetificação científica na assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 1995 a .

_____. A finalidade do trabalho da enfermagem: a ética como fundamento decisório. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 23-29, jul./dez. 1995 b.

_____. **Produção do conhecimento em enfermagem:** do fragmentário à aglutinação de saberes. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, 1997. Ribeirão Preto. (texto mimeo)

_____. (org) **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza *et al.* **Trabalho na saúde:** o cruzamento de poderes na sua organização. Relatório de Projeto Integrado de Pesquisa. Fpolis: UFSC, 2000. (digitado)

LIMA JÚNIOR, José Humberto; ÉSTHER, Angelo Brigato. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **RAE – Revista de Administração de Empresas.** São Paulo: FGV/EAESP. v. 41. n. 3, jul/set. 2001. p. 20-30

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **Os equívocos da excelência.** As novas formas de sedução na empresa. Petrópolis: Vozes, 1996. 357 p.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI Fº, Wilson Danilo. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho em enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n.1, p. 77-92, jan/mar, 1997.

MANTOVANI, Maria de Fátima *et al.* **Estudo da morbidade em trabalhadores de enfermagem hospitalar.** Trabalho apresentado no CEBEn: 39, Salvador, 1987. Mimeo.

MARSHALL, Stephanie Pace. Criando comunidades vigorosas centradas no aprendizado para o século XXI. In: HESSELBEIN, FRANCES *et al.* **A Organização do futuro:** como preparar hoje as empresas de amanhã. São Paulo: Futura, 1997.

MARTINS, Josiane de Jesus. **O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI:** prazer ou sofrimento? 2000. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARTINS, Luciana Monteiro Mendes *et al.* Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, nº 1, p. 52-8, mar. 2000.

MARTINS PEREZ, Jesus. **Dialética do trabalho e sociedade brasileira.** <<http://www.cra.rj.org.br/dramatiz-i.htm>>

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã.** 1º capítulo. Lisboa: Avante, 1981.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. (Org. GIANOTTI, José Arthur. Tradução: José Carlos Bruni). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os pensadores).

_____. **Trabajo asalariado y capital**. Moscou: Progreso, 1979. 42 p.

_____. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural. 1983. Col. Os economistas.

_____. Realidade social e pensamento. In: IANNI, Otávio (org.) **Karl Marx**. 6ª ed. São Paulo: Ática, 1988. Sociologia, n. 10. p. 177-180

_____. Condições históricas da reprodução social. In: IANNI, Otávio (org.) **Karl Marx**. 6ª ed. São Paulo: Ática, 1988. Sociologia, n. 10. p. 62-73.

_____. **Capítulo VI Inédito de O capital**. Resultados do processo de produção imediata. São Paulo: Moraes. s.d.

MARZIALE, Maria Helena *et al.* Saúde ocupacional e enfermagem: algumas considerações. **Rev.Bras.Enf**, Brasília, n.40. jan/fev/mar, 1987.

MATOS, Eliane. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação em enfermagem**: limites e possibilidades. 2002. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MEDEIROS, L. C.; TAVARES, K. M. O papel do enfermeiro hoje. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, nº 2, p. 275-290, abr./jun. 1997.

MEGGINSON, Leon, MOSLEY, Donald, PIETRI Jr., PAUL. **Administração, Conceitos e aplicações**. 4ª ed. São Paulo: Harbra, 1998. Tradução: Hopp, Maria Isabel.

MELO, Cristina. **Divisão social do Trabalho e Enfermagem** São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. Estratégia do(s) empregado(s) no cotidiano das relações de trabalho: a construção de processos de auto-regulação. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João (orgs.) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 158-174.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Os Novos Paradigmas de Organização do Trabalho: Implicações na Saúde Mental dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 23, n. 85-86, 1997.

MENZIES, Isabel. El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. In: MENZIES, Isabel e JAKUES, Elliott. **Defensa contra la ansiedad**: rol de los sistemas sociales. 4ª ed. Buenos Aires: Hormé. 1994. p. 55-124.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. Apresentação: o sentido deste livro e seus compromissos. In: _____. **Praxis en salud**: un desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997. p. 11-16.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MESQUITA, Maria Patrícia Locks. **A dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o) na percepção da equipe de enfermagem**: uma perspectiva de construção coletiva. 2002. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998

_____. (org.) et al **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; COSTA, Sonia Maria Fonseca Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, s. 2, 1997. <<http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe>>

_____. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco. V. 4, nº 2, 1999. p. 411-421.

MONTEIRO, M. S.; CARNIO, A. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Acidentes de trabalho entre o pessoal de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Bras. Enf.**, v. 40, nºs 2/3, p. 89-92, abr/maio/jun/jul/ago/set, 1987.

MONTEIRO, Maria Silvia; GOMES, Jorge da Rocha. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr.-jun, 1998. p. 345-353.

MORATÓ, Jodi Cortés; RIU, Antonio Martínéz. **Diccionario de filosofia**. Barcelona: Herder S.A., 1998. CD-ROM.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000. 116 p.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: FGV/EAESP. v. 41. n. 3, jul/set. 2001. p. 8-19.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1997 a, 256p.

_____. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997 b, 224p.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, nº 2, 2001. p. 445-450.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Corpos saudáveis e corpos doentes na nova organização social do trabalho. In: ROCHA, Maria Isabel Baltazar (org.). **Trabalho e gênero**: mudanças,

permanências e desafios. Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG: Ed. 34, 2000.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. v. 35, nº 1, 2001. p. 103-9.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, nº 2, 2001. p. 341-360

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem** São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde na enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.13, nº ½, p. 83-92, 2000.

PIRES, Denise; GELBCKE, Francine. A situação atual, as transformações e as oportunidades no mundo do trabalho de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba. **Anais**. Curitiba: ABEn, 2001. CD-Rom.

PITTA, Ana Maria. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde**: elos de uma cadeia possível? Brasília, 1993. mimeo.

QUINTANA, Pedro E. Brito. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 2, nº ½, 2000, p. 43-54.

RANIERI, Jesus J. Notas a respeito da concepção marxiana de método presente nos *Grundrisse*. **Perspectivas**. São Paulo, v. 20/21, p. 151-169, 1997/1998.

RIGOTTO, Raquel. O Homem e o Trabalho. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P., ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (orgs). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 25-32.

_____. Investigando a relação entre saúde e trabalho. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P., ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (orgs). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo, Vozes, 1993. p.159-177.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho da enfermagem no Brasil. **R. Bras. Enfer.**, Brasília, v. 52, nº 3, p. 331-338, jul/set. 1999.

SÁ, Marilene de Castilho. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1. 2001, p. 151-164.

SGRECIA, Elio. **Manual de Bioética** – aspectos médicos-sociais. São Paulo: Loyola, 1997.

SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem Profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Vanda Elisa. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. São Paulo, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo.

_____. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. São Paulo, 1996. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. 1996.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. 368 p.

_____. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000. 118 p. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78)

SOUZA, Valmir Brás de. Garantir direitos que ainda não foram destruídos. In: **Cidadania**. Florianópolis, dezembro de 2001. N. 3

SPIRKIN, A .; YÁJOT, O . **Fundamentos do materialismo dialético e histórico**. Habana: Editorial de Ciências Sociais, 1985.

STEAGALL-GOMES, Daisy. Estudo dos riscos à saúde das pessoas que trabalham na enfermagem. **Rev. Paul. Hosp.** São Paulo, v. 34, nºs 4, 5, 6. p. 85-93. abr/maio/jun. 1986.

TAFFE, Rejane. **Prazer e sofrimento em um trabalho de mulheres: estudo de caso sobre a organização do trabalho da enfermeira em um hospital público**. 1997. 234f. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

TEIXEIRA, Márcia de Oliveira. Análise do processo de trabalho em laboratórios de pesquisa em saúde: uma proposta de investigação. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 711-721. out/dez, 1997.

TESTA, Mario. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997. p. 17-70.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. 162 p.

URBANETTO, Janete. **Relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras: convergências encontradas em dois hospitais universitários**. 2002. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

URIBE, Francisco Javier. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1. 2001, p. 209-219

VALENCIA, Maria Mercedes Arias. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. In: **Investigación y Educación en Enfermería**. Revista de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colombia. V. XVIII, n. 1, marzo de 2000. p. 13-26.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánches. **Filosofia da práxis**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

VIEIRA, Antonio Rufino. Marxismo e filosofia latino-americana: uma aproximação entre Ernst Bloch e Enrique Dussel. **Rev. Reflexão**. Campinas, n. 67/68, jan./ago 1997, p. 132-147.

VOLNOVICH, Jorge Ruben. Subjetividade e organizações: o discurso neoliberal. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João (orgs.) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 61-67.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Florianópolis, 23 de maio de 2001.

De: Enf^a Francine Lima Gelbcke
Prof^a do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC e
aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC
Para: Gerente de Enfermagem do Hospital

Venho por meio deste apresentar projeto de Tese de Doutorado do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e solicitar permissão para coleta de dados nesta instituição de saúde.

O projeto de tese tem como tema central a Saúde do Trabalhador, mais especificamente, do trabalhador de enfermagem, tendo como objetivos identificar que aspectos da organização do trabalho de enfermagem interferem no processo de desgaste dos trabalhadores e refletir sobre possibilidades de reorganização do trabalho da enfermagem. Para o alcance destes objetivos, pretendo realizar entrevistas com a gerência de enfermagem e trabalhadores de enfermagem, observação do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, bem como análise de documentos que auxiliem na compreensão do modo como se organiza o trabalho desta categoria profissional na instituição, conforme descrito de forma mais detalhada no projeto.

Entendo que é de fundamental importância para a enfermagem, na atualidade, refletir sobre sua realidade, buscando uma assistência de qualidade e para tanto, a saúde do trabalhador é necessariamente aspecto a ser relevado.

Contando com o apoio desta instituição de saúde para o desenvolvimento de minha proposta de estudo, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos e desde já agradeço.

Atenciosamente

Francine Lima Gelbcke
Aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC

APÊNDICE B

Entrevista semi-estruturada a ser realizada com dirigentes ou chefias de enfermagem das instituições de saúde.

1 Dados de identificação do entrevistado:

- 1.1 Instituição que trabalha:
- 1.2. Categoria profissional:
- 1.3 Cargo que ocupa:
- 1.4. Tempo de trabalho na instituição:
- 1.5 Tempo de trabalho no cargo:
- 1.6 Tempo de formado:

2 Dados da Instituição:

- 2.1 Data de fundação da instituição:
- 2.2 Número de funcionários: - geral:
 - na enfermagem: - geral:
 - por categoria:
 - por unidades (média):
- 2.3 Número de leitos: - geral:
 - nas unidades:
- 2.4 Organização hierárquica (descrição):
- 2.5 Existência de organograma na instituição:
- 2.6 Organização hierárquica da enfermagem (descrição – geral e nas unidades):

3 Dados acerca da organização do trabalho:

- 3.1. Qual o regime de contrato de trabalho? (CLT, estatutário,...)
- 3.2 Existe política de cargos e salários? Qual?
- 3.3 Qual a jornada de trabalho? Existe dupla ou tripla jornada? Têm algum levantamento de quantos trabalhadores de enfermagem da instituição fazem mais de uma jornada de trabalho?
- 3.4 Qual a rotatividade dos trabalhadores na instituição e entre instituições? Como é definido o rodízio entre as unidades? Há algum critério?
- 3.5 Como o trabalho é dividido entre execução e concepção, ou seja, o que fazem os enfermeiros e os demais membros da equipe de enfermagem?
- 3.6 Descreva sucintamente as funções ou atribuições dos trabalhadores de enfermagem.
- 3.7 Como se dá a forma de controle do trabalhador em relação a seu trabalho? Há avaliação periódica? Existem critérios definidos? Existem outras formas de controle do trabalhador? Normas, rotinas, controle de frequência, punições, outros...? Quais?
- 3.8 Como se relacionam os trabalhadores entre si, com as chefias imediatas, com as chefias superiores?
- 3.9 Quando estão descontentes com o trabalho, como se manifestam os trabalhadores, através de reuniões, informalmente, buscam as chefias superiores?
- 3.10 Que tipos de orientações são repassadas: ordem de serviço, novas normas, rotinas, condutas, procedimentos ...?
- 3.11 Como são repassadas as orientações aos trabalhadores, através das chefias superiores e imediatas?

- 3.12 Há reuniões nas unidades de enfermagem? Com que periodicidade ocorrem? Que temas/assuntos são tratados?
- 3.13 Há exames médicos admissionais na instituição?
- 3.14 Há realização de exames médicos periódicos?
- 3.15 Quando estão doentes, a quem recorrem os trabalhadores de enfermagem? Há um serviço específico na instituição?
- 3.16 Existem dados registrados na instituição acerca do absenteísmo? Você sabe quais os maiores motivos de absenteísmo na enfermagem?
- 3.17. Quais os principais problemas de saúde – doenças e acidentes mais frequentes no último ano? Há relação destes com a forma como o trabalho está organizado? Existem fatores de risco identificados?
- 3.18. Na sua opinião qual é a causa dos problemas?
- 3.19. Estes problemas têm relação com o gerenciamento do trabalho?
- 3.20. Você pensa/vislumbra uma outra forma de organizar o trabalho? Qual – descreva sucintamente.
- 3.21. Existe preocupação com o desgaste dos trabalhadores no processo de trabalho? Há algum serviço, programa instituído visando a saúde do trabalhador? Qual? Como é desenvolvido?

APÊNDICE C



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
E mail: pen@nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que a enfermeira e professora Francine Lima Gelbcke, orientanda da Dra Maria Tereza Leopardi e aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo uma pesquisa com trabalhadores de enfermagem de instituições de saúde, com o objetivo de identificar os aspectos da organização do trabalho da enfermagem que são determinantes no processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem que atuam em instituições de saúde hospitalar.

Desta forma, eu, _____, concordo em participar da pesquisa, de forma livre e espontânea, em seus diferentes momentos de coleta de dados: observação e entrevistas, podendo desistir a qualquer momento, assim como ter garantido a confiabilidade e o sigilo. Também estou de acordo que se faça uso de gravador durante as entrevistas e, de que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

Florianópolis, ____ de _____ de 2001.

Assinatura

APÊNDICE D

Entrevista semi-estruturada a ser realizada com os trabalhadores de enfermagem

1 Dados de identificação do entrevistado:

- 1.1 Instituição que trabalha:
- 1.2 Categoria profissional:
- 1.3 Local de trabalho:
- 1.4 Tempo de trabalho: - na instituição - no setor:
- 1.5 Tempo de trabalho na enfermagem:
- 1.6 Tempo de formado:
- 1.7 Jornada de trabalho:
- 1.8 Turno de trabalho:
- 1.9 Trabalha em outra instituição:
- 1.10 Caso trabalhe em outra instituição: Local de trabalho:
Tempo de trabalho:
Jornada de trabalho:

2 Questões gerais acerca da relação organização do trabalho e saúde:

- 2.1 O que é para você organização do trabalho?
- 2.2 Como o trabalho está organizado em sua unidade? Há divisão de tarefas?
- 2.3 Quais as atividades que você realiza no seu dia-a-dia? Você poderia descrever seu dia-a-dia de trabalho?
- 2.4 Todas as atividades que você realiza são próprias da enfermagem? Que atividades que você realiza que não são próprias da enfermagem?
- 2.5 Qual a importância que o trabalho têm em sua vida diária?
- 2.6 Existe alguma influência do seu trabalho na sua vida pessoal, nas relações familiares?
- 2.7 Você já teve algum sentimento de raiva ou alegria, relacionado ao seu trabalho? Poderia descrevê-lo?
- 2.8 A forma como o trabalho está organizado interfere na sua saúde? Como ele afeta a sua saúde? Em que aspectos o trabalho interfere na sua saúde – para melhorá-la e para piorá-la?
- 2.9 Você acredita que alguma coisa poderia ser mudada na organização do trabalho para melhorar a sua saúde ou a sua satisfação no trabalho? O quê?
- 2.10 Seu trabalho é profissional? Por quê? Que qualidades você poderia descrever que dão ao seu trabalho um caráter profissional?
- 2.11 Quais os instrumentos que dispõe para realizar o seu trabalho? Estão acessíveis?
- 2.12 Os instrumentos de trabalho que existem em sua instituição, facilitam ou dificultam o seu trabalho? Interferem em sua saúde de forma positiva ou negativa?
- 2.13 Como são as condições de trabalho em sua instituição? (material, pessoal, espaço físico, regras, acesso a informação, salário, cuidados com a saúde, alimentação, auxílio doença, aposentadoria...)
- 2.14 Você teve alguma doença ou acidente de trabalho no ano de 2000? O que na sua opinião causou esta doença ou acidente? Como tratou? Acredita que tenha relação com o trabalho que você desenvolve?
- 2.15 Quando está doente, que atendimento você procura? Existe na sua instituição um serviço próprio para atendimento aos trabalhadores?

APÊNDICE E

Entrevista semi-estruturada a ser realizada com os trabalhadores de enfermagem – instrumento modificado

1 Dados de identificação do entrevistado:

- 1.1 Instituição que trabalha:
- 1.2 Categoria profissional:
- 1.3 Local de trabalho:
- 1.4 Tempo de trabalho: - na instituição - no setor:
- 1.5 Tempo de trabalho na enfermagem:
- 1.6 Tempo de formado:
- 1.7 Jornada de trabalho:
- 1.8 Turno de trabalho:
- 1.9 Trabalha em outra instituição:
- 1.10 Caso trabalhe em outra instituição: Local de trabalho:
Tempo de trabalho:
Jornada de trabalho:

2 Questões gerais acerca da relação organização do trabalho e saúde:

- 2.1 O que é para você organização do trabalho?
- 2.2 Quais as atividades que você realiza no seu dia-a-dia? Você poderia descrever seu dia-a-dia de trabalho?
- 2.3 Existe alguma influência do seu trabalho na sua vida pessoal, nas relações familiares?
- 2.4 Você já teve algum sentimento de raiva ou alegria, relacionado ao seu trabalho? Poderia descrevê-lo? Ou: que aspectos positivos e negativos você identifica na forma como o trabalho é organizado?
- 2.5 A forma como o trabalho da enfermagem está dividido, as atribuições que cabem a cada membro da equipe, interferem no desgaste dos trabalhadores? Porque? Em que sentido? Poderia me dar um exemplo?
- 2.6 Você imagina que possa existir uma outra forma de organizar o trabalho da enfermagem? Qual seria, como seria esta forma?
- 2.7 Como são as condições de trabalho em sua instituição? (material, pessoal, espaço físico, regras, acesso à informação, salário, cuidados com a saúde, alimentação, auxílio doença, aposentadoria...)
- 2.8 Os instrumentos de trabalho (condições materiais) que existem em sua instituição, facilitam ou dificultam o seu trabalho? Interferem no seu processo de desgaste de forma positiva ou negativa?
- 2.9 Como você percebe as relações de trabalho na sua instituição, nos diferentes níveis (chefia, equipe, outros profissionais, outros setores)? Estas relações geram algum tipo de desgaste, qual? Em que situações, poderia descrevê-las?
- 2.10 A forma como você é avaliado (avaliação anual ou mesmo quando ocorre alguma coisa), este processo de avaliação gera algum desgaste? Por quê?
- 2.11 Você teve alguma doença ou acidente de trabalho no ano de 2001? O que na sua opinião causou esta doença ou acidente? Como tratou? Acredita que tenha relação com o trabalho que você desenvolve?

2.12 Quando está doente, que atendimento você procura? Existe na sua instituição um serviço próprio para atendimento aos trabalhadores?

2.13 Se você fosse chefe da sua unidade (ou gerente de enfermagem, ao aplicar-se aos enfermeiros) que modificações você proporia para o trabalho da enfermagem?